This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

TRAVAUX PRATIQUES

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE

GYNÉCOLOGIE

RECUEILLIS PAR LE

Dr LUTAUD

Médecin-Adjoint de Saint-Lazare,
Membre fondateur de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

FANCOURT BARNES (de Londres), CORDÈS (de Genève)
BOSSI (de Gênes.)

PARIS

MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1901

ON MEDIC
DEC 24 1918
LIBRARY

DEC 24 1918

PRINCIPAUX TRAVAUX CONTENUS DANS CE VOLUME

Obstétrique.

Indications de l'avortement provoqué, par le professeur CHARLES, de Liége..... 5
Un cas de syphilis post-conceptionnelle, par le Dr Henri MALHERBE (de Nantes)..... 8
L'opération césarienne et l'accouchement forcé, par le Dr CALLE..... 38
Un nouveau forceps à poignée, par le Dr BERTHOD..... 39
De la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires..... 40
Passage de l'alcool de la mère au fœtus..... 41
Le relâchement des symphyses et les arthralgies pelviennes d'origine gravidique 70
La fièvre du travail dans l'accouchement, par le Dr VINAY 73
Questions relatives à l'accouchement, à la grossesse et à la conception, par le Dr BROUARDEL..... 136
Sur le passage du sublimé dans la circulation placentaire..... 142
La compression de l'abdomen après l'accouchement..... 180
L'accouchement chez les esquimaux..... 181
Septicémie puerpérale et rétention placentaire. Emploi du sérum artificiel. Curettage, par le Dr LAMBINON.... 197
Infanticide par strangulation à l'aide du cordon ombilical, par le Dr DUFOUR, médecin-expert près les tribunaux de Marseille, membre correspondant de la Société de médecine légale..... 198
L'assistance maternelle à domicile (Paul BERTHOD)..... 202
Un nouveau procédé d'accouchement prématuré, par le Dr MAGNIAUX..... 229
Le fœticide thérapeutique devant la loi, par Léon PRIEUR 231
Tableau des symptômes précoces des infections puerpérales, par le Dr FERRÉ, directeur de la Maternité de Pau..... 261
La section à chaud du cordon ombilical. L'allaitement des nouveau-nés..... 264
Un utérus gravide hystérique, par le Dr OTT, de Lillebonne 101
De l'influence de la grossesse sur les dents, par le Dr E. TERRIER..... 103
La sécrétion lactée et la vacuité de l'utérus, par le Dr FLANDRIN, de Grenoble..... 293
La version podalique par manœuvres internes, par le Dr MARIE..... 296
Contribution à l'étude de l'hyperémèse des gravides, par le Dr Oedön JUSZKAI (de Budapest)..... 326
De la superfétation, par le Dr DEJOUANNY..... 368

Gynécologie.

Laparotomie et lésions rénales silencieuses, par M. PICHEVIN..... 13
Traitement de la lymphangite des organes génitaux. (LABADIE-LAGRAVE)..... 48
Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par l'isolement et la suggestion à l'état de veille. (Dr FONT, de Barcelone)..... 44
Les métrorrhagies des jeunes filles et leur traitement, par le Dr SIDEREY..... 73
Traitement des états convulsifs par l'éthérisation..... 77
Absence de vagin et d'utérus chez une femme mariée, par le Dr Gustave BERNARD, chirurgien de l'infirmerie centrale des prisons..... 80
Indications du toucher intra-utérin..... 144
Traitement de la dysménorrhée (de cause médicale) (G. LYON)..... 145
La prophylaxie des maladies vénériennes chez la femme, par le Dr L. JULLIEN..... 148
Kyste de l'ovaire à pédicule tordu chez une jeune fille de 16 ans. Ovariotomie. Guérison, par le Dr L. MONNIER, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph..... 165
Hystérectomie abdominale totale pour fibromes multiples après énucléation préalable. La plupart des fibromes ne doivent pas être opérés, par le Dr BERNARD..... 166
La stérilité et son traitement. 170
Le traitement de la hernie

étranglée. (PAUCHET, d'Amiens)..... 218
Traitement chirurgical des fibromes de l'utérus. Ces tumeurs doivent être considérées comme des tumeurs graves et non bénignes, par le Dr OZENNE..... 237
L'emploi local de la levure de bière contre le catarrhe cervical. (Paul PETIT)..... 241
Le saturnisme chez les électriciennes..... 270
Gynécologie et réclame, par M. le professeur H. FOLET, de Lille..... 273
Des cystites tuberculeuses chez la femme, par le Dr REBLAUD..... 104
Traitement de l'endométrite chez les nullipares. (BOUILLY) 106
Abcès du sein consécutif à la gale, par M. SARDA..... 107
Les vénériennes à Saint-Lazare, par le Dr JULLIEN, professeur agrégé, chirurgien de Saint-Lazare..... 109
Néphrite épithéliale subaiguë, coliques néphrétiques, rein flottant, maladie de Basedow et hystérie, combinées chez une femme, par le Dr A. RAÏCHLINE..... 301
Du pincement des artères utérines dans les fibromes. (GOULLIOUD)..... 307
La maturité physique de la femme..... 338
Le pincement des artères utérines dans les fibromes. GOUILLOUD (de Lyon) et GOTTSCHALK (de Berlin)..... 342
Pathologie et prophylaxie des génitalites féminines post-matrimoniales, par le Dr GUIARD..... 357
Hystérectomie vaginale et abdominale pour cancer utérin, par le Dr PICHEVIN.. 362

Pédiatrie.

De la tuberculose infantile localisée aiguë. (E. AUSSET)... 17
La coqueluche et son traitement par l'aérothérapie, par le Dr E. GOVIN..... 46
Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse chez l'enfant, par M. le Dr G. LYON..... 155
De l'alimentation des nouveau-nés par le lait de chèvre, par AL. BOISSARD, accoucheur à l'hôpital Tenon.. 183
Notions générales sur la séméiologie infantile. (AUSSET) 213
Traitement des angines pseudo-membraneuses et diphtéritiques pharyngiennes, par le Dr BONNEFIN..... 243
Sur la digestibilité des différentes sortes de lait, par le Dr BARBELLION..... 249
De la réduction des gibbosités du mal de Pott, par P. RENARD et Paul BESANÇON..... 277
Traitement de l'appendicite, Dr Paul REYNIER, chirurgien de Lariboisière..... 282
Traitement de la coxalgie, par le Dr Ch. LEVASSORT..... 113
Le traitement du bec-de-lièvre chez l'enfant (Albert MILLS). 308
Sur la gravité du rhumatisme chez l'enfant, au point de vue des complications cardiaques, par M. H. BARBIER, médecin des hôpitaux..... 312
Quelles sont les fractures qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation. Résultats de ce traitement. (LUCAS-CHAMPIONNIÈRE)..... 348

Variétés.

Embryologie sacrée ; impuissance ; castration (MINIME).. 25
Le secret professionnel et la suppression de part..... 22
Etudes de psychologie. La criminalité féminine..... 225
Instructions pour les sages-femmes proposées par le gouvernement belge..... 63
Les causeries de Lucine : Le rêve..... 62

E. H. B.

Vol. 16. - N° 1. — Janvier 1900 — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

CATALOGUED JAN 1900 E. H. B.

PUBLIÉE TOUS LES MOIS SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES — Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDES, de Genève — Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI — Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

RÉDACTEUR EN CHEF : A. LUTAUD.

MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JAN 15 1902

AVIS. Prière à nos abonnés de nous envoyer le montant de leur renouvellement en mandat ou timbres-postes. Nous tenons à leur disposition, à titre gracieux, les numéros qui pourraient manquer à leur collection.

SOMMAIRE :

Obstétrique : Indications de l'avortement provoqué. — Un cas de syphilis post-conceptionnelle, par le Dr Henri MALHERBE (de Nantes).
Gynécologie : Laparotomie et lésions renales silencieuses, par M. PICHEVIN.
Pédiatrie : De la tuberculose infantile localisée aiguë. (E. AUSSET.)
Médecine légale : Embryologie sacrée : impuissance ; castration. (MINIME.)
Variétés : Les causeries de Lucine : Le rêve
Revue de thérapeutique appliquée : Le seneçon comme hémostatique. (PRÉVOST.) — Traitement non opératoire de la fissure à l'anus. (BOAS, de Berlin.) — Traitement de la rhinite blennorrhagique des enfants.
Médications nouvelles : La ténaline, nouvel antihelmintique. — L'aspidium spinulosum comme tænifuge. — La belladone dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants. — Traitement de la bronchite par la Grindelia robusta. — Traitement de la dysentérie par le permanganate de potasse. — Nouveau traitement des ulcères de jambes. — Mode particulier d'emploi de la naphtaline dans le traitement des plaies et ulcères. — Le savon au bioxyde de sodium dans le traitement des affections acnéiques. — Les convulsions alcooliques du nouveau-né. — Traitement du muguet par le suçon borique.
Formulaire : Traitement de l'hystérie chez les jeunes filles. — Contre les coliques utérines. (BOSSI.) — Teinture durétique. (HUCHARD.)

EXTRAIT DE MALT TOURTAN

Fabriqué à la Brasserie Tourtel, de Tantonville par M. GRENET, *ancien Préparateur de* PASTEUR

PRIX : 1f25 LA BOUTEILLE

Dépôt Gal : BOUTY & Cie 1, Rue de Châteaudun PARIS

L'**Extrait de Malt Tourtan** est le seul produit de ce genre présentant les avantages suivants :
1° *Très peu alcoolique, très agréable*, il est indiqué dans les ***Affections*** de l'***Estomac*** et de l'***Intestin***.
2° Son pouvoir galactogène le rend très précieux pour les ***nourrices***.
3° Par les toniques spéciaux qu'il renferme il est un puissant adjuvant contre la ***Neurasthénie*** et les ***Convalescences pénibles***.
On le prend pur à la dose d'un 1/2 verre, un quart d'heure avant les repas et aux repas coupé avec de l'eau ou de la bière légère.

Administration, 47, boulevard Haussmann, PARIS

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, GOITRE, FIBROMES, MÉTRORRHAGIES, HYPERTROPHIE de la PROSTATE

Capsules de Corps thyroïde Vigier

à 0 gr. 10 centigr. par capsule. — *Dose ordinaire :* 2 à 6 capsules par jour.
Ces capsules ne se prennent que sur l'ordonnance du médecin
PHARMACIE VIGIER, 12, BOULEVARD BONNE-NOUVELLE, PARIS

PROPRIÉTÉ DE L'ETAT FRANÇAIS

VICHY

Administr., 24, Bd. des Capucines, PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY-CÉLESTINS

Goutte—Gravelle—Diabète—Reins—Vessie

VICHY-HOPITAL

Maladies de l'estomac et des intestins

VICHY GRANDE-GRILLE

Maladies du foie et de l'appareil biliaire

AVOIR TOUJOURS SOIN DE DÉSIGNER LA SOURCE

Ferme d'Arcy-en-Brie (S. & M.)

LAITS PURS

2 livraisons par jour

LAIT MATERNISÉ Procédé Gaertner. Alimentation des nouveau-nés. Remplace le lait de femme.

LAIT STÉRÉLISÉ Conservation garantie parfaite.

M. NICOLAS (O✻), 22, r. Paradis, Paris.

ENVOI NOTICE SUR DEMANDE
EXPÉDITIONS EN PROVINCE

SAVONS MÉDICINAUX de Aᵒ MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*
PARIS, 3, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*... à 5 °/₀ de Aᵒ MOLLARD 12f
SAVON *Boraté*.... à 10 °/₀ de Aᵒ MOLLARD 12f
SAVON au *Thymol*.. à 5 °/₀ de Aᵒ MOLLARD 12f
SAVON à l'*Ichthyol*. à 10 °/₀ de Aᵒ MOLLARD 24f
SAVON *Boriqué*.... à 5 °/₀ de Aᵒ MOLLARD 12f
SAVON au *Salol*..... à 5 °/₀ de Aᵒ MOLLARD 18f
SAVON au *Sublimé* à 1 °/₀ ou 10 °/₀ de Aᵒ MOLLARD 18f ou 24f
SAVON *Iodé* (KI — 10 °/₀).. de Aᵒ MOLLARD 24f
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Aᵒ MOLLARD 12f ou 24f
SAVON au *Goudron* de Norwège de Aᵒ MOLLARD 12f
SAVON *Glycérine*..... de Aᵒ MOLLARD 12f

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 25 °/₀ à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16. Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien *SPÉCIFIER le nom* **NESTLÉ** sur leurs ordonnances.

Hémorrhagies, Hémorrhoïdes, Varicocèle, Varices, Phlébite, Métrite, Troubles de la Ménopause.

Sont rapidement soulagés par l'**HAMAMELIS LOGEAIS** dont le principe actif Hamamelidine est un **TONIQUE** vasculaire très puissant, véritable spécifique de ces affections.

HAMAMELIS LOGEAIS
HAMAMELIDINE

DOSE ET MODE D'EMPLOI :
Prendre de 20 à 30 gouttes 3 fois par jour dans un peu d'eau, une 1/2 heure avant les repas.

DÉPOT GÉNÉRAL :
E. LOGEAIS, 37, Avenue Marceau, PARIS.

TON MEDI
DEC 24
LIBRARY

OBSTÉTRIQUE

INDICATIONS DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ

Par M. le Professeur CHARLES, de Liége.

Dans certaines circonstances très rares où la vie de la femme enceinte est en grand danger et ne peut être sauvée que par l'évacuation de l'utérus, l'accoucheur se croit autorisé à provoquer l'avortement comme ultime ressource thérapeutique : c'est la dernière planche de salut.

La règle admise par les médecins de tous les pays civilisés, comme d'ordre social et de garantie morale, est de ne pas procéder *seul* à cette opération, de ne la décider qu'après consultation avec un confrère au moins, choisi autant que possible parmi les spécialistes âgés et honorablement connus.

Il faut se rappeler en effet qu'aucun article du Code ne donne le droit au médecin de pratiquer l'avortement ; lorsqu'il le fait, c'est donc sous sa seule responsabilité et il doit pouvoir au besoin fournir la preuve non seulement de sa bonne foi, mais encore de la nécessité absolue, scientifique et pratique, de ce mode d'intervention pour sauver la malade.

A un autre point de vue, il est permis de considérer la femme comme étant en état de *légitime défense* contre un ennemi intérieur dont la présence menace ses jours. Du reste la légitimité de l'avortement thérapeutique n'est douteuse pour aucun homme raisonnable et n'est contestée que par de rares fanatiques dont l'opinion n'a pas la moindre valeur.

Elle est admise sans réserve par M. Pinard lui-même, l'adversaire acharné du fœticide dans les vices du bassin. Et c'est à propos d'un travail de ce distingué confrère que nous écrivons aujourd'hui le présent article.

M. Pinard, en effet, a publié dernièrement dans les *Annales de Gynécologie* une communication faite par lui au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Marseille sur « L'avortement médicalement provoqué ou avortement thérapeutique. » Nous sommes trop heureux de nous trouver en entière communauté d'opinion avec lui pour ne pas saisir l'occasion de le signaler d'une manière toute spéciale et nous le faisons avec d'autant plus de plaisir que ce n'est pas très fréquent. Nous voulons d'abord constater que nous avons défendu, déjà depuis plusieurs années, les idées émises par M. Pinard au susdit Congrès.

Cela dit, voici les trois conditions dans lesquelles on a cru trouver l'*indication réelle* de l'avortement provoqué : 1° Etroitesse extrême de la filière pelvienne (en-dessous de 5 centimètres) ; 2° accidents graves dus à la grossesse et menaçant très prochainement l'existence de la femme ; 3° maladies venant compliquer la grossesse, mais indépendantes d'elles.

1re *indication.* — L'étroitesse extrême du bassin ne peut plus être considérée comme motif d'avortement depuis que la césarienne donne les résultats avantageux que l'on connaît.

C'est ce que proclame M. Pinard et c'est ce que nous enseignons dans la dernière édition de notre *Cours d'accouchements* (1897, t. II) ; nous y avons écrit (p. 186) : « Nous tenons à déclarer ici que, en présence des résultats favorables donnés par la césarienne contemporaine, nous repoussons désormais l'avortement provoqué pour vice du bassin », et plus loin page 522 : « Nous estimons qu'à l'heure actuelle il n'est plus permis de provoquer l'avortement pour vice du bassin ; il faut dans ces cas choisir entre la césarienne à terme et la symphyséotomie à 7 ou 8 mois. »

2me *indication.* — Les accidents graves causés par la grossesse elle-même, menaçant prochainement la vie de la femme et ne s'amendant pas sous l'influence des moyens connus, constituent les indications ordinaires, les seules admissibles, à notre avis, de l'avortement provoqué.

C'est ce que dit également M. Pinard et il cite : les vomissements incoercibles, l'albuminurie, l'urémie, l'anurie, certains cas d'hémorragie, de rétro-version, d'enclavement utérin, de goître. Il y en a évidemment d'autres et c'est pourquoi l'auteur ajoute : « Je ne puis et ne veux étudier toutes les circonstances dans lesquelles peut naître l'indication réelle de l'avortement provoqué et me contente de dire qu'on ne la rencontre que là où on aura la *certitude* que les accidents qui mettent la vie de la femme en danger sont bien le fait de la grossesse. Dans ces circonstances alors, l'accoucheur a absolument le droit et le devoir d'intervenir pour *sauver* du moins la seule existence dont le salut soit possible. »

Dans les cas dont il s'agit, il n'est pas réellement question de choisir entre la mère et l'enfant, de sacrifier l'un au profit de l'au-

tre, puisqu'ils sont vraisemblablement destinés à périr tous les deux si l'on ne provoque pas l'avortement.

Quoi qu'il en soit, *in medio virtus*. On ne doit pas aller trop vite ni se décider trop tard sous peine de ne pas même sauver la femme.

3me *indication*. — Une maladie quelconque (fièvre typhoïde, choléra, pneumonie, etc., etc.) évoluera-t-elle plus heureusement si la grossesse est interrompue ?

M. Pinard répond catégoriquement *non*.

C'est aussi notre avis.

Nous avons peut-être été le premier à émettre cette opinion et à la soutenir énergiquement à une époque déjà assez éloignée où elle s'écartait absolument des idées partout admises et enseignées.

Voici comment nous la résumions il y a *douze ans* dans la *première* édition de notre *Cours d'accouchements* (1887, t. II, page 5) :

Nous devons prémunir le praticien contre une opinion très répandue dans le public et parmi les médecins : on a de la tendance à mettre sur le compte de la gestation beaucoup de troubles qui en sont indépendants et l'on arrive alors à proposer des moyens inutiles, sinon dangereux.

Qu'une femme enceinte soit atteinte de pneumonie, de pleurésie, de fièvre typhoïde ou de toute autre affection, si son état devient grave, on sera porté à accuser la grossesse et on se décidera sans peine à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré, s'imaginant que la situation sera bien améliorée dès que l'utérus sera évacué. C'est là une grave erreur, très préjudiciable à l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Il faut, au contraire, éviter autant que possible les contractions utérines et les combattre par les moyens connus, si elles se manifestent avant terme. En agissant autrement, loin d'améliorer l'état de la malade, on le rend encore plus critique et le danger en est accru. Nous avons par devers nous une série de faits, qui nous permettent d'exprimer une opinion catégorique à cet égard.

Seulement, *dès que l'on craint une issue fatale, on prend toutes les dispositions pour extraire rapidement l'enfant*, ainsi que nous le dirons en parlant de l'éclampsie.

Si le travail se produit malgré tout, la conduite à tenir n'est pas différente de celle que l'on conseille dans l'avortement ou l'accouchement ordinaire.

Lorsque la maladie suit sa marche régulière, normale, la guérison a lieu et la grossesse continue heureusement son cours. Si elle se complique de symptômes graves, ce n'est certes pas en provoquant le travail qu'on les fera disparaître.

1° *L'interruption de la grossesse avant la viabilité du fœtus, l'avortement provoqué médicalement, constitue dans des cas bien déterminés un moyen thérapeutique aussi puissant que précieux.*

2° *L'indication de cet acte opératoire ne se rencontre ni dans les cas de rétrécissement de la filière pelvi-génitale, ni dans les cas de maladie venant compliquer la grossesse ;*

3° *L'indication réelle n'existe que quand la cause des accidents qui menacent sûrement la vie de la femme est certainement la grossesse.*

UN CAS DE SYPHILIS POST-CONCEPTIONNELLE

Eruption secondaire psoriasiforme. — Chancre du doigt

Par M. le Dr Henri Malherbe (de Nantes).

La femme qui fait l'objet de cette observation est âgée de 33 ans. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Mariée depuis dix ans environ, elle n'a jamais fait de fausses couches. Mère de deux enfants, son fils aîné a 7 ans. Il se porte bien et n'a jamais présenté d'éruption à la peau. Il y a cinq ans, nous l'avons soigné et circoncis pour des lésions irritatives du prépuce causées par un phimosis congénital. Pour la seconde fois, cette femme est devenue mère il y a deux mois et demi, d'un gros garçon né à terme et bien développé, présentant toutes les apparences de la santé ; elle nourrit au sein ce second enfant.

Au mois d'août dernier, cette malade vient nous consulter pour une éruption diffuse datant de huit jours.

Sur les avant-bras et symétriquement disposées, on voit des papules mesurant les dimensions d'une lentille à fond rouge jambonné ou cuivré. Certaines de ces papules sont sur-

montées d'une croûtelle micacée desquamante, qui leur donne un aspect psoriasiforme. L'éruption s'étale sur le dos des mains, là elle change un peu de caractère. Les éléments sont confluents, déformés, ils semblent avortés ; il faut regarder de très près pour retrouver l'aspect papuleux ; en outre, les placards étendus qu'ils forment, présentent, au niveau des saillies métacarpiennes, un bord surélevé, festonné, qui leur donne un aspect géométrique tout particulier. La surface de ces plaques desquame en lamelles fines. Sur le bord interne du poignet droit, on voit un placard grand comme une pièce de cinq francs, constitué par un fond rouge brunâtre, un peu saignant et recouvert de croûtes micacées, brillantes, assez adhérentes ; ce placard a tout l'aspect d'un placard de psoriasis.

Sur les membres inférieurs, sur le tronc et particulièrement au niveau des seins, on trouve disséminés, en nombre variable, des éléments rouges et croûteux comme ceux que nous venons de décrire sur les bras. Il en existe un sur le milieu du front. En outre, sur la face postérieure des cuisses, on aperçoit cinq à six éléments un peu différents des précédents. Ils sont plus larges, plus rouges, et semblent infiltrer plus profondément les téguments ; ils rappellent tout à fait les syphilides papuleuses de la période secondaire ; ils ne sont pas croûteux. Il y a également chez cette femme, sur le bout des deux seins, mais surtout à droite, des érosions multiples un peu douloureuses qu'elle attribue à l'allaitement, mais qui ont toute l'allure de plaques muqueuses. Enfin, nous signalerons encore un peu d'alopécie, mais sans caractère spécial. La malade, d'ailleurs, rattache cette alopécie à son accouchement récent, fait qui se serait déjà produit lors de sa grossesse antérieure. L'examen de la gorge et de la bouche ne décèle rien d'anormal. Les organes génitaux externes et internes, l'anus sont sains. Nulle part d'engorgement ganglionnaire accusé.

En raison des lésions papuleuses des jambes et de l'aspect de plaques muqueuses revêtu par les érosions des mamelons, nous songeons chez notre malade à l'existence de la syphilis. Pour établir nettement ce diagnostic, nous recherchons le chancre initial et son adénopathie contemporaine. Mais, malgré une minutieuse exploration, nous ne pouvons découvrir ce chancre ou même sa trace. Nous persistons ce-

pendant à croire que cette syphilis a débuté par un semblable accident et nous ne songeons nullement à invoquer dans ce cas la syphilis conceptionnelle. En voici la raison : l'enfant de cette femme est sain ; depuis sa naissance aucun accident suspect ne s'est manifesté sur sa peau ou ses muqueuses ; or, dans la syphilis conceptionnelle, l'enfant naît toujours, ou peu s'en faut, syphilitique.

Un fait est encore possible : Un chancre du col utérin a pu être la porte d'entrée de cette syphilis. Or l'on sait que cette lésion, parfaitement indolore, est éphémère, qu'en quelques jours elle peut se réparer et ne pas laisser trace de son passage. Ajoutons, toutefois, que cette femme affirme n'avoir pas eu de rapports extra-conjugaux et que son mari n'a jamais eu la syphilis.

Devant un tel état de choses, nous demandons à examiner le mari.

C'est un homme âgé de 40 ans, assez vigoureux, ayant toujours eu une bonne santé. Comme accident vénérien, il ne se souvient que d'une écorchure légère développée sur la verge quelques jours après un coït, il y a de cela 20 ans. Un médecin de l'hôpital de Bordeaux, où résidait alors notre homme, qualifia la lésion de chancre mou et fit faire des lavages au vin aromatique. Ce chancre se cicatrisa en 2 ou 3 semaines ; depuis il n'a jamais présenté d'éruptions pouvant être considérées comme la conséquence de cette lésion. A plusieurs reprises il a eu des éruptions furonculeuses ; il a même en ce moment un gros furoncle sur la face postérieure de l'avant-bras droit ; en plus il porte sur les mains des lésions d'eczéma fendillé, dues à une dermite de cause professionnelle. Mais toutes ces dermatoses n'ont rien de syphilitique et ce sujet paraît évidemment exempt de cette tare pathologique ; rappelons ici que sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Quelques jours après nous revoyons notre cliente. L'éruption s'est accrue sensiblement, mais elle conserve toujours son aspect psoriasiforme. Nous procédons encore à un examen minutieux dans le but de retrouver la trace du chancre. Nous explorons avec le plus grand soin les régions où siège habituellement cette lésion et nous faisons en outre une

inspection complète de la surface cutanée. Cette fois notre investigation fut plus heureuse.

Sur la face dorsale de l'index de la main droite, au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne, se voit une cicatrice minuscule, blanc-rosé. La malade nous raconte qu'au 8e mois de sa grossesse, elle s'est légèrement blessée en cet endroit. Cette blessure, au lieu de guérir en quelques jours, comme une simple écorchure, s'est enflammée vers le quinzième jour environ, il se produisit un peu de suintement, pas de pus, puis les mouvements du doigt devinrent douloureux. Sans consulter personne, cette femme applique sur ce bobo des cataplasmes chauds qui la soulagent et en 4 à 5 semaines la guérison définitive est obtenue.

Aussitôt l'idée d'un chancre syphilitique du doigt nous vient à l'esprit. Nous explorons à nouveau les groupes ganglionnaires et nous trouvons dans l'aisselle droite, tout au sommet, un petit ganglion dur qui nous avait échappé à nos examens précédents. C'était très vraisemblablement là la porte d'entrée de cette syphilis. Voici comment l'infection avait pu se faire.

Employée dans une maison où l'on débite à boire sur le comptoir, cette femme lave ordinairement les verres des consommateurs. Elle a dû nettoyer des verres souillés de virus syphilitique et à la faveur de l'érosion de l'index elle s'est contagionnée.

Si longs que soient les développements dans lesquels nous venons d'entrer, nous avons cru nécessaire de les rapporter, car ils montrent combien peut être difficile le diagnostic rétrospectif d'un chancre, surtout d'un chancre extra-génital. Le chancre de la main en particulier est un accident rare et souvent d'un diagnostic épineux (1). Il revêt la plupart du temps des allures singulières qui égarent les plus expérimentés et l'on ne met sur la lésion la véritable étiquette que lors de l'explosion des accidents secondaires.

Enfin, pour être complète, cette observation demande que nous discutions une dernière question de la plus haute importance.

La syphilis a été acquise par la mère après la conception,

(1) Nous connaissons un cas fort curieux où un chancre du doigt fut pris pur un panaris et opéré.

au huitième mois de la grossesse. Le père est sain. L'enfant est-il syphilitique ; peut-il, sans inconvénient pour lui, continuer à être allaité par sa mère ? La réponse à cette question sera grosse de conséquences, suivant le sens dans lequel vous la ferez.

Non syphilitique, vous enlevez l'enfant à sa mère, vous l'allaitez d'une façon défectueuse, vous favorisez sa cachexie et rendez son existence précaire.

Syphilitique, vous le laissez à sa mère qui ne peut lui causer aucun préjudice, et qui le nourrit convenablement ; en outre, vous le traitez.

Il y a déjà longtemps que les auteurs discutent sur ce sujet : pour les uns, la syphilis acquise près du début de la grossesse infecte fatalement le fœtus, tandis qu'elle peut l'épargner si la contagion a lieu vers les derniers mois de la gestation ; pour les autres, l'enfant doit toujours être considéré comme syphilitique dans la syphilis post-conceptionnelle, quel que soit le moment de l'infection. Pendant des années on n'apporta, de part et d'autre, comme preuve à l'appui de ces deux opinions, que des faits cliniques. Un des plus remarquables est celui indiqué par Profeta comme corollaire à la loi de Colles : un enfant sain, né d'une femme syphilitique, ne peut pas être infecté par l'allaitement et les baisers de la mère.

Aujourd'hui, grâce à l'examen bactériologique et anatomo-pathologique, nous sommes mieux armés pour résoudre le problème.

On a d'abord constaté l'infection fœtale à toutes les périodes de la gestation pour des maladies infectieuses facilement comparables à la syphilis, la variole par exemple. En outre l'expérimentation sur les animaux a montré que l'indigo, injecté dans le sang de la mère, se retrouve dans le sang de leurs petits. On pouvait donc conclure par analogie qu'il en était du virus de la syphilis comme du virus de la variole, comme de l'indigo et qu'il pénétrait fatalement l'organisme fœtal.

L'examen histologique du placenta des femmes syphilitiques est venu démontrer le bien fondé de cette opinion. Les travaux de Frœnkel, de Macdonald, de Vallois, de Sinéty, plus récemment la thèse de Schwab, ont prouvé qu'il existe bien réellement un placenta syphilitique.

Tout dernièrement, enfin, Fabre et Patel (1), limitant la question à la syphilis post-conceptionnelle, ont montré qu'il existe des lésions dans le placenta quel que soit le moment de la contagion, et que ces lésions sont identiques à celles décrites par Schwab dans sa thèse sur le placenta dans la syphilis anté-conceptionnelle (2).

Quelle fut donc notre conduite dans le cas actuel par rapport à l'enfant ? Nous basant uniquement sur la loi de Profeta, car lors de notre première consultation, nous ne connaissions pas encore les travaux de Fabre et Patel, qui la confirment si remarquablement, nous avons laissé l'enfant, sain en apparence, téter sa mère comme il le faisait déjà depuis deux mois sans en éprouver le moindre préjudice. Il n'y a, en effet, guère qu'un moyen de braver sans danger la syphilis, c'est de l'avoir. Nous ne l'avons point non plus traité directement nous bornant à soumettre la nourrice, sa mère, à la médication mercurielle. Ce traitement médiat sera-t-il suffisant ? C'est ce que l'avenir nous apprendra.

Depuis plusieurs mois que nous surveillons cet enfant, il n'a présenté jusqu'à présent aucun stigmate de syphilis ; toutefois, si sa santé périclitait, si son développement à un moment donné semblait s'arrêter, il faudrait se souvenir de la syphilis maternelle et instituer immédiatement le traitement qui en pareil cas peut faire merveille.

GYNÉCOLOGIE

LAPARATOMIE ET LÉSIONS RÉNALES SILENCIEUSES

Par M. Pichevin.

L'influence du trauma sur les états généraux n'est bien connue que depuis les travaux du professeur Verneuil qui a peut-être exagéré le rôle qu'il faut attribuer aux tares et aux lésions préexistantes dans le diagnostic des opérations.

S'il fallait en croire notre regretté maître, le nombre des indi-

(1) *Archives de Médecine expérimentale,* septembre 1899.
(2) Schwab, Thèse de Paris, 1895.
H. Malherbe, *Gaz. Méd. de Nantes*, 1er octobre 1898.

vidus que l'on devrait soustraire à l'action chirurgicale serait relativement considérable.

Les diathésiques, les diabétiques, les malades atteints de lésions rénales et hépatiques seraient singulièrement exposés à la mort du fait des interventions.

Sans doute une opération faite à un diabétique par exemple est plus grave que si elle portait sur un individu exempt soit d'un trouble profond et durable de nutrition, soit d'une lésion du rein ou du foie.

Cette opinion n'est cependant pas acceptée par l'unanimité des chirurgiens. Quelques-uns prétendent que l'on peut tout tenter, sous le couvert de l'antisepsie et que les malades ne succombent, après les traumatismes opératoires, que sous l'influence des germes pathogènes. S'ils ne vont pas jusqu'à professer ces préceptes dans toute leur intransigeance et leur absolutisme, ils n'en laissent pas moins entendre d'une façon très nette qu'on peut et qu'on doit opérer les malades diathésiques ou porteurs de lésions rénales, etc., pourvu que les règles de l'asepsie et de l'antisepsie soient strictement respectées.

L'exagération existe dans les deux thèses soutenues avec une égale conviction dans les deux camps.

Il est bien certain que les malades que nous visons en ce moment sont plus menacés que les autres au point de vue de leur existence, mais la mort n'est pas la conséquence inéluctable des opérations faites sur les diathésiques, les diabétiques, les rénaux et les hépatiques.

S'il faut abandonner un patient à une affection dont la guérison ne peut être obtenue que par une opération, mieux vaut lui faire courir, par une intervention qui peut être curative, des risques plus considérables de mort que ceux auxquels seraient exposés d'autres opérés indemnes de toute tare organique.

Il y a lieu de n'opérer une certaine catégorie de malades qu'avec prudence et en s'entourant de certaines précautions, mais l'intervention est permise et même formellement indiquée dans des cas déterminés.

La difficulté commence au moment où il faut apprécier chaque cas en particulier. Une femme par exemple, qui est atteinte d'un fibrome et qui présente de l'albuminurie, doit-elle être opérée ? Une autre ayant une grosse tumeur dans le ventre et n'urinant que 300 grammes d'urine par jour, est-elle justiciable d'une grave intervention ?

Ce sont des problèmes que la sagacité du clinicien arrive parfois à résoudre heureusement, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Pour ma part, j'ai vu des femmes supporter admirablement de longues et pénibles opérations abdominales, malgré une diminution considérable de l'excrétion urinaire ou malgré la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine.

Dans d'autres cas, c'est à l'improviste que le chirurgien est saisi par l'apparition d'accidents qui le déroutent et qui démontrent l'exactitude des opinions professées par le prof. Verneuil.

Il faut surtout se défier des femmes qui portent des fibro-myomes depuis de longues années et qui ont eu des métrorragies abondantes et prolongées. On sait depuis longtemps que les pertes de sang non seulement affaiblissent considérablement les malades qui en sont atteintes, mais amènent la dégénérescence graisseuse de certains viscères et, en particulier, du foie. Je vais même plus loin et admets volontiers, qu'en dehors de toute hémorragie, le fibrome détermine à la longue la sécrétion d'éléments nocifs qui sont susceptibles de produire des lésions graves du foie du rein et du cœur. Aussi est-il indiqué d'opérer non seulement les fibromes qui produisent des accidents de compression ou des hémorragies, mais aussi ceux qui commencent à donner naissance à un état général peu satisfaisant, quoique mal caractérisé et qui semble ressortir surtout de l'anémie ou d'un affaiblisement général sans cause déterminée.

J'ai le souvenir d'une femme qui fut opérée par un de mes maîtres et qui, le septième jour après l'opération, alors que la situation paraissait excellente, fut prise d'une crise cardiaque et mourut en quelques heures. A l'autopsie je pus constater que le myocarde était pour ainsi dire remplacé par du tissu graisseux. Cette malade, atteinte de fibrome, avait eu des hémorragies utérines profuses pendant plusieurs années.

Ce cas me causa une douloureuse surprise, d'autant plus que rien ne pouvait faire soupçonner la dégénérescence graisseuse du cœur.

Tout dernièrement, j'eus à opérer une malade de 47 ans environ. Elle avait des métrorragies depuis longtemps et ses pertes étaient dues à un fibrome. M. Le Pileur avait constaté la présence de l'albumine à plusieurs reprises ; mais, grâce à des soins appropriés, l'urine était revenue à l'état normal. On ne constatait plus d'albumine depuis six ans.

Cette femme, pâle, un peu affaiblie, mais présentant, malgré son teint, les apparences de la santé, fut examinée par moi dans le cours de cette année. Je lui fis la laparotomie, qui me fit découvrir non seulement un fibrome, mais des lésions annexielles adhérentes à l'intestin. L'opération marcha régulièrement, sans per-

te de sang et, après avoir pratiqué l'hystérectomie sub-totale avec ablation des ovaires et des trompes, je fis la péritonisation. Par précaution je mis un drain dans la cavité pelvienne.

Les suites opératoires furent très simples. Pas d'élévation de température. Le pouls était bon et peu rapide. Le quatrième jour j'ôtais le drain. Il n'y avait pas une goutte de sang dans le pansement et le drain lui-même n'était imbibé d'aucun liquide.

Bientôt survint de l'accélération du pouls, des intermittences et, par moments, une sensation d'oppression dans la région précordiale. Sans qu'il y eût de l'hyperthermie, le pouls, de plus en plus accéléré, présenta des faux pas, finit par devenir filiforme et la malade mourut le 6e jour après son opération, sans avoir présenté de vomissement. J'avoue que j'étais tout d'abord persuadé que cette malade avait succombé à une septicémie péritonéale. M. Le Pileur émettait quelques doutes sur l'exactitude de ce diagnostic. J'avais été frappé comme lui par différentes particularités qui auraient dû motifier mon opinion. Les suites immédiates avaient été excellentes. Le pouls et la température avaient été très bons. La malade avait dormi. Elle avait uriné sans le secours d'une sonde. Elle avait été à la garde-robe. Son facies inspirait la quiétude la plus grande, quand survinrent d'abord des intermittences et la fréquence du pouls, à une époque relativement éloignée de son opération ; mais je suis tellement porté à incriminer l'infection quand la mort survient après une opération abdominale que je n'hésitai pas une minute à mettre les accidents qui se déroulèrent sur le compte de la péritonite.

L'autopsie démontra que le foie était dans un état de dégénérescence graisseuse très avancé et que les reins étaient atteints de dégénérescence amyloïde absolument caractérisée. Les constatations macroscopiques furent faites par l'interne du service, par M. Pettit, chef du laboratoire de Necker et par moi. — J'ajoute que le péritoine n'était pas enflammé, mais qu'on ne fit aucune recherche bactériologique.

En présence de la gravité et de l'étendue des lésions rénales et hépatiques, nous pouvons affirmer que ces altérations d'organes si importants n'étaient pas étrangères à l'aggravation subite présentée par la malade, et même à la terminaison fatale que nous eûmes à déplorer.

Au fond et en l'absence même de toute preuve, nous admettons, volontiers qu'il y ait eu un certain degré d'infection du péritoine. Les germes eussent été incapables d'entraîner des complications graves si le rein et le foie avaient été en bon état. Les altérations rénales en particulier ont joué un rôle prépondérant dans les sui-

tes opératoires, en mettant obstacle à l'élimination des toxines. Insignifiante avec des reins sains, l'infection a eu une issue mortelle du fait de l'altération des glandes rénales et hépatiques.

Le fait intéressant à retenir est la disparition de l'albumine dans l'urine d'une femme dont les reins sont profondément désorganisés. La sécurité que l'on semblait avoir du fait de l'absence d'albumine dans cette urine était singulièrement trompeuse. Le danger qui était suspendu sur la tête de cette malade était aussi grand que celui qui menace tout opéré dont les urines présentent une quantité plus ou moins considérable d'albumine avant l'intervention. Il n'y a donc pas lieu de trop se fier, au point de vue du pronostic, à la présence ou à l'absence de l'albumine dans l'urine des malades que l'on doit opérer. Sans doute, la constatation dans un sens positif doit entrer en ligne de compte et quand il s'agit d'apprécier l'opportunité d'une opération, d'en poser les contre-indications. Mais il faut savoir que des catastrophes peuvent surgir à l'improviste, du fait même des lésions rénales ou hépatiques, alors que rien ne peut faire soupçonner la gravité des altérations qui portent sur les reins.

Il reste, au point de vue clinique, à déceler ces lésions qui aggravent si singulièrement le pronostic des opérations, ne serait-ce que pour nous enlever cette sécurité au nom de laquelle nous faisons des promesses à la malade et à sa famille.

L'avenir nous apprendra peut-être de quelle façon nous pouvons nous mettre à l'abri de ces erreurs déplorables de ce pronostic.

(*Soc. médicale de l'Elysée*, décembre 1899.)

PÉDIATRIE

—

Faculté de Lille : M. E. Ausset

DE LA TUBERCULOSE INFANTILE LOCALISÉE AIGUE (1).

La tuberculose localisée aiguë se présente le plus habituellement sous la forme d'une *broncho-pneumonie*.

Un enfant se présente à vous ; il est souffrant depuis quatre à cinq jours, et sa respiration est embarrassée ; la température est assez élevée, elle oscille aux alentours de 39°, 39°5 ; quelquefois même elle atteint 40° et les dépasse. Cette dyspnée et cette fiè-

(1) Extrait des « *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* » faite a l'hopital St-Sauveur par M. E. Ausse, prof. à la Faculté de Lille. Paris, 1898, un volume 8°, chez Maloine, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 5 fr.

vre, en même temps qu'une toux assez opiniâtre, attirent votre attention tout d'abord sur l'appareil respiratoire, et vous trouvez alors en un point quelconque une zone de matité à laquelle correspondent du souffle et des râles ; du côté opposé il y a des signes de bronchite diffuse. Suivez alors ce malade, et vous constaterez que très rapidement les signes pulmonaires se modifient; en deux ou trois jours, au plus, il se fait de nouveaux foyers de broncho-pneumonie, le premier ayant rétrocédé, qui, à leur tour, s'atténuent pour faire place encore à d'autres nouveaux.

Vous le voyez, jusqu'alors vous n'avez guère de point de repère pour vous mettre sur la voie du diagnostic, et, en réalité, à ne consulter que le tableau clinique que je viens de vous esquisser il doit bien vous sembler que vous n'avez affaire qu'à une broncho-pneumonie banale. Mais attendez et vous allez juger la nature de l'affection par son mode d'évolution. En effet, si vous aviez affaire à une broncho-pneumonie banale, vers le dixième jour, au plus tard, vous verriez la température s'abaisser, l'état général s'améliorer et les signes stéthoscopiques diminuer d'intensité. Au contraire, si votre petit malade est atteint de broncho-pneumonie tuberculeuse, vous verrez la maladie se prolonger pendant cinq à six semaines, et quelquefois au delà ; en outre, au moment où se serait faite la défervescence si l'affection eût été banale, c'est-à-dire vers le huitième ou le dixième jour, vous voyez apparaître de grandes oscillations thermiques, et, en même temps qu'elles, l'enfant sue beaucoup et maigrit à vue d'œil. Les signes stéthoscopiques se sont modifiés eux aussi d'une façon toute spéciale : le souffle peut persister, et il s'accompagne de râles cavernuleux, voire même de gargouillements. Mais n'allez pas conclure, par ces signes, que le poumon est en train de se creuser et que ces phénomènes stéthoscopiques correspondent à des cavernes qui se formeraient dans le tissu de l'organe. En effet, il n'est pas rare d'entendre, chez les enfants, des signes cavernuleux, alors qu'il n'existe aucune perte de substance ; ces signes se montrent presque toujours chez eux quand il existe un exsudat alvéolaire abondant, et, alors, dans ces cas, les signes d'auscultation semblent toujours indiquer des lésions plus étendues qu'elles ne sont en réalité. D'après Cadet de Gassicourt ce fait s'expliquerait par l'étroitesse de la cage thoracique à cet âge.

Plus la maladie évolue, plus le diagnostic peut alors s'affirmer dans le sens de la tuberculose. En effet, déjà au bout de quinze à vingt jours, l'enfant prend l'aspect d'un petit tuberculeux ; l'amaigrissement progresse constamment, il y a de la diarrhée et des vomissements, et l'issue fatale se produit en six semaines,

deux mois au plus, au milieu d'une cachexie poussée à ses dernières limites.

Il existe des cas où la broncho-pneumonie tuberculeuse affecte une forme moins rapide, elle est seulement subaiguë. Vous observerez alors absolument tous les mêmes signes que je viens de vous décrire ; seulement l'évolution de la maladie se fait avec plus de lenteur, elle peut même subir des temps d'arrêt, pendant lesquels l'enfant semble vouloir revenir à la santé ; mais bientôt il se fait de nouvelles poussées, et le malade finit par succomber étisique en trois ou quatre mois au plus. Cette forme subaiguë de la broncho-pneumonie tuberculeuse a été désignée également sous le nom de phtisie galopante ; elle se caractérise surtout par des sueurs abondantes, de l'amaigrissement, de grandes oscillations thermiques régulières, et par des râles cavernuleux disséminés dans les deux poumons.

La tuberculose localisée à évolution rapide peut également revêtir la forme d'une pneumonie. Elle évolue tout d'abord comme une pneumonie franche, avec la différence que le début est moins brusque, un peu plus insidieux, et sans point de côté. Mais, vers le septième ou huitième jour, au lieu de la défervescence habituelle, vous voyez la fièvre persister, des râles cavernuleux s'établir; puis viennent de grandes oscillations régulières, de l'amaigrissement, de la diarrhée, et l'enfant succombe dans le maramasme.

Les tuberculoses localisées à *marche lente* sont assez rares dans la première enfance ; ce n'est guère qu'à partir de la quatrième année que vous aurez l'occasion de les observer. Ces tuberculoses se rapprochent beaucoup cliniquement et anatomiquement de la tuberculose chronique des adultes; aussi je n'ai pas l'intention de les étudier avec vous en détail ; je veux seulement vous montrer les particularités cliniques inhérentes à l'enfance.

Souvent, chez l'enfant, la tuberculose *pulmonaire* chronique a débuté brusquement, par exemple par une broncho-pneumonie, comme celle que nous étudions tout à l'heure, ou bien elle peut débuter avec toutes les allures d'une fièvre typhoïde, sous la forme d'une véritable typho-tuberculose.

Les hémoptysies sont rares chez les enfants et vous ne les observerez guère qu'après l'âge de dix ans.

En auscultant vos malades vous aurez à bien prendre garde et à vous souvenir de ce que je vous ai dit au sujet des caractères de la respiration puérile normale. Rappelez-vous toujours de ces caractères, car vous pourriez rencontrer des cas où la faiblesse respiratoire d'un sommet commençant à se tuberculiser pourrait

très bien exister sans matité, sans augmentation des vibrations thoraciques, et surtout, ce qui est plus important, sans résistance particulière au doigt. Un moment d'oubli, et vous pourriez considérer comme malade le sommet sain parce que le murmure vésiculaire physiologique vous aurait paru exagéré, soufflant, comparé au murmure en réalité affaibli de l'autre côté.

Chez les enfants, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, les râles et les souffles prennent très rapidement l'apparence de signes cavitaires ; vous pouvez les constater alors que réellement il n'existe pas de cavernes dans les poumons. Ces signes pseudo-cavitaires ont été étudiés par M. Aldibert qui leur a attribué leur véritable valeur séméiologique ; à son sens, ils sont produits le plus souvent par de l'ectasie bronchique, qui est la règle, chez les enfants, dans toutes les inflammations broncho-pulmonaires. Cette ectasie peut être passagère et l'on comprend ainsi la disparition à peu près complète, au bout d'un certain temps, de signes stéthoscopiques qui avaient été très prononcés.

Bien entendu, cela ne veut pas dire que ces signes cavitaires ne peuvent pas correspondre parfois à de véritables cavernes qui se sont creusées dans les poumons ; mais, retenez bien ceci, ces cavernes sont assez rares chez les enfants, et vous ne les rencontrerez habituellement qu'au-dessus de dix ans.

Enfin, pendant l'évolution de la tuberculose pulmonaire vous pourrez rencontrer des poussées aiguës congestives ou broncho-pneumoniques qu'il ne faut pas prendre pour de la granulie ; ce sont des poussées étrangères à la tuberculose, causées le plus souvent par le pneumocoque, et qui, en général, guérissent.

Je ne veux pas revenir sur les formes de la tuberculose chronique affectant les ganglions bronchiques; j'ai déjà consacré une leçon à ce sujet, et je crois vous y avoir dit tout ce qu'il vous fallait en retenir.

Je ne vous parlerai pas non plus des localisations tuberculeuses de la plèvre, des méninges et du tube digestif. L'importance de ces localisations est trop grande pour qu'elles puissent trouver place dans une étude *d'ensemble* sur la tuberculose infantile.

Maintenant que je vous ait dit, d'une façon générale, comment se comportait en clinique la luberculose infantile, j'ai hâte de vous montrer par une esquisse aussi rapide que possible quelles sont les lésions que vous rencontrerez le plus habituellement, correspondant à ces diverses formes cliniques.

La nature et les caractères des lésions tuberculeuses sont, chez les enfants, absolument les mêmes que chez l'adulte. Ce qu'il

y a de particulier, c'est la distribution de ces lésions et surtout leur généralisation. Vous avez pu vous convaincre, en effet, par les nombreuses autopsies de tuberculeux que j'ai pratiquées devant vous, que, dans la plus grande majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, les lésions n'étaient pas limitées à un seul organe. Chez l'enfant, et ceci est d'autant plus vrai qu'il est plus jeune, à peu près tous les appareils sont atteints, et ces lésions y sont successivement récentes ou déjà anciennes, ce qui prouve bien qu'elles se sont produites par poussées successives.

Une autre particularité, très spéciale à l'enfance, c'est l'adénite généralisée que vous observez dans la plus grande majorité des cas, tellement que des auteurs ont pu décrire comme une véritable entité morbide, comme une forme particulière de la tuberculose infantile, la polyadénite généralisée primitive.

Quoi qu'il en soit, il est incontestable que ce sont les poumons, les intestins, les ganglions bronchiques et mésentériques qui sont le plus souvent atteints, et cela était facile à prévoir d'après les modes de contagion que nous avons étudiés au chapitre de l'étiologie. Quand vous avez affaire à la tuberculose pulmonaire chronique, les lésions anatomo-pathologiques se rapprochent beaucoup de celles de l'adulte, avec la différence que les cavernes ne se présentent habituellement que chez des enfants déjà avancés en âge ; de plus, les lésions sont assez rarement localisées aux sommets et vous les trouverez le plus habituellement disséminées en différents points du parenchyme, sous forme de tubercules jeunes ou déjà anciens, crus ou caséeux, plus ou moins abondants, plus ou moins agglomérés et siégeant surtout tout autour des bronches (nodules péribronchiques). Mais, je vous le repète, il n'y a pas grand intérêt à insister sur ces lésions, car elles ressemblent beaucoup à la tuberculose des adultes que vous avez dû étudier ailleurs.

Mais les lésions les plus importantes que vous aurez l'occasion d'observer sur les poumons, vous les verrez dans les cas où les enfants auront succombé à une broncho-pneumonie tuberculeuse, à évolution plus ou moins rapide, et vous constaterez en même temps qu'ici les lésions peuvent différer d'aspect suivant les circonstances.

Un jour vous ouvrirez une cage thoracique et vous serez tout d'abord étonnés de constater qu'à première vue le poumon a conservé sa couleur et sa consistance normales ; mais poursuivez votre examen et vous trouverez dans ce poumon une quantité de nodules péribronchiques ; ces nodules, vus au microscope, présentent la structure classique du tubercule, ils sont très nette-

ment limités autour de la bronche et l'alvéole voisine n'est jamais altérée, ce qui vous explique dès lors la conservation de l'aspect macroscopique normal du poumon, consistance, couleur, crépitement et densité.

Dans d'autres circonstances, à côté de ces nodules péribronchiques, vous trouverez de petits foyers d'hépatisation disséminés en différents points du poumon, foyers absolument semblables à des lésions de broncho-pneumonie banale, et qui n'ont rien de tuberculeux.

Mais il est aussi d'autres cas où vous aurez des poumons transformés en une masse énorme, très dense, un véritable bloc d'hépatisation descendant très vite au fond du vase ; vous avez affaire alors à une véritable broncho-pneumonie caséeuse ; ainsi que l'a parfaitement démontré M. le professeur Grancher, les altérations que vous rencontrez dans ces cas sont bien d'origine tuberculeuse, et vous pouvez facilement y retrouver le tubercule avec sa constitution anatomique classique. Mais ce qu'il y a d'intéressant dans ces broncho-pneumonies caséeuses, c'est que, outre les lésions tuberculeuses, vous y rencontrez des altérations alvéolaires qui, au premier abord, pourraient vous faire croire que vous avez affaire à une broncho-pneumonie banale ; en effet ces alvéoles sont infiltrées dans leurs parois par des cellules embryonnaires dont vous retrouverez un grand nombre dans leur cavité ; dans les endroits où la caséification a commencé à se produire il est déjà difficile de saisir les éléments de la texture normale du poumon. Ainsi que l'a très bien fait remarquer M. le professeur Grancher, ces îlots broncho-pneumoniques, dont le centre est caséifié et entouré d'une zone embryonnaire, présentent cependant tous les caractères de néoplasies tuberculeuses, et c'est justement sur cette analogie que ce savant maître s'est basé pour faire de la lésion de la pneumonie caséeuse un processus de nature tuberculeuse.

Il existe pour ces cas des différences bactériologiques qu'il importe que vous sachiez bien.

Prenez un fragment de poumon d'un enfant qui a succombé avec la forme que je vous décrivais en première ligne, celle où le poumon semble ne pas avoir changé d'aspect et de consistance ; ensemencez, inoculez les parties intermédiaires aux nodules péribronchiques, vos ensemencements restent stériles, vos animaux continuent à bien se porter ; ensemencez au contraire les nodules péribronchiques, inoculez-les, et vous constaterez que le bacille de Koch pousse à merveille, que vos animaux meurent tous tuberculeux. C'est donc que dans cette forme le bacille de

Koch est seul cause du mal,et qu'il existe dans le poumon,à l'exclusion de tout autre,du moins de tout autre pathogène.

A côté de cela, si vous examinez la seconde variété de broncho-pneumonie tuberculeuse, celle où il existe des foyers d'hépatisation séparés par des îlots sains, vous constaterez que le bacille de Koch n'existe encore qu'au niveau des nodules péribronchiques, mais qu'au niveau des foyers hépatisés il y a des pneumocoques, des streptocoques, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Duflocq et de Ménétrier.

Enfin, dans la broncho-pneumonie caséeuse vous trouvez le bacille de Koch dans tous les foyers d'hépatisation, mais à côté de lui vous rencontrez des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques.

Vous le comprenez, Messieurs, en présence de ces résultats bactériologiques, on a pu avec raison se demander s'il n'y avait pas quelque chose de spécial, de surajouté dans la broncho-pneumonie caséeuse. Vous savez bien, en effet, qu'à lui tout seul le bacille de Koch n'a pas l'habitude de faire des lésions d'hépatisation, et si vous avez eu l'occasion de faire des autopsies de granuliques vous avez pu constater que justement dans ces cas, où pourtant le bacille est très virulent, les lésions consistent exclusivement en un semis de granulations répandues autour des bronches et au niveau des alvéoles, mais qu'en revanche il n'y a pas d'hépatisation de tout un lobe pulmonaire comme dans la broncho-pneumonie caséeuse. Chez un animal qui succombe à la tuberculose généralisée expérimentale vous trouvez les poumons absolument criblés de granulations tuberculeuses ; mais, malgré cela, ils ont conservé leur couleur gris rosé normale, et leur densité n'est pas modifiée.

L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ DÉBILE

Quelle est la quantité de lait à donner au nouveau-né ?

Cette question a un grand intérêt pratique, car l'insuffisance de l'alimentation donne lieu à des accès de cyanose souvent très graves, pouvant entraîner la mort. Au contraire, avec l'alimentation en excès, on peut craindre des troubles digestifs : diarrhée, entérite, etc., accidents présentant aussi une certaine gravité.

L'évaluation de la quantité de lait à donner à l'enfant a été déterminée par des moyens divers, tels que l'évaluation de la capacité de l'estomac. M. le professeur Budin a eu recours, lui, à l'observation journalière, en mesurant exactement chez tous les enfants de son service la quantité de lait ingérée. Cette observation clinique attentive a montré que, peu après la naissance

l'enfant prenait très peu de lait ; puis, la quantité augmentait progressivement jusqu'au dixième jour, pour rester, ensuite, approximativement la même. Cette loi d'accroissement présente d'ailleurs des variations suivant le poids de l'enfant.

Pour les enfants au-dessous de 1,800 grammes, l'augmentation des premiers jours est beaucoup moins rapide au début que pour les enfants d'un poids plus élevé, la descente de poids des premiers étant d'ailleurs plus grande et durant plus longtemps.

Quelle est la quantité de lait que doit prendre normalement un enfant âgé de plus de dix jours ?

Pour des enfants pesant plus de 2,000 grammes, M. Budin a établi la loi suivante, destinée à établir la quantité de lait nécessaire à son accroissemeut. Cette quantité est obtenue, pour vingt-quatre heures, en multipliant par 2 le chiffre représentant le poids de l'enfant, mais en supprimant un 0 à ce chiffre. Ainsi, un enfant de 2,000 grammes devrait prendre 200 × 2, c'est-à-dire 400 grammes. En procédant ainsi, on évitera presque sûrement les accès de cyanose et les troubles digestifs, indices d'une alimentation mal réglée, quoiqu'il faille tenir compte, en outre, de la qualité du lait et de la valeur d'assimilation de l'enfant. Ainsi, dans les cas où la nourrice a un lait très riche, une quantité moins grande de lait est nécessaire.

L'enfant débile doit être allaité par sa mère ou par une nourrice, qui devra garder son propre enfant pour entretenir la sécrétion actée. (*Bulletin médical.*)

MÉDECINE LÉGALE

EMBRYOLOGIE SACRÉE ; IMPUISSANCE ; CASTRATION.

Dans son *Traité d'Embryologie sacrée*, aujourd'hui classique dans tous les séminaires, le père Cangiamila a discuté et résolu la plupart des questions ecclésiastiques qui troublent l'âme inquiète de nos prêtres appelés à conseiller les belles pécheresses sur des points souvent fort délicats.

On sait que l'Eglise, d'accord en cela avec Zola, interdit de la façon la plus absolue les rapprochements, ou plutôt les attouchements sexuels qui n'ont pas pour but final la reproduction de l'espèce. Comme la jeune et chaste mariée ignore le plus souvent en quoi consiste le *rapport complet et incomplet*, c'est à son confesseur qu'il incombe de l'éclairer sur ces délicates matières.

C'est là une tâche fort difficile et je plains sincèrement nos pauvres prêtres. Ils ne sauraient du reste venir à bout d'une aussi lourde tâche sans consulter les ouvrages techniques publiés par Monseigneur *Claret*, archevêque de Cuba, avec la collaboration du Père Richard, de la Compagnie de Jésus.

Ce précieux ouvrage intitulé : La *Clef d'or destinée à ouvrir le cœur des pauvres pécheurs*, peut être considéré comme le manuel des jeunes confesseurs.

Après avoir bien expliqué que la semence doit être projetée *intra-vas*, et non répandue *extra-vas*, les auteurs insistent avec raison sur ce point capital que tout rapport sexuel incomplet n'est qu'une masturbation déguisée. Voici comment les pères décrivent cette abominable pratique :

« Aliquoties hoc fit inscio marito ; mulier enim à diabolo instigata suas nefarias artes adhibet ad prolis procreationem impediendam. Aut enim se ipsam aliquantulum retrahit *ne seminatio penetret in matricem ;* aut panum, vel digitos immitit ad abstrahendam seminationem post coïtum, vel ad mingendum surgit, aquam bibit, etc. »

Les pères ajoutent que de telles précautions sont le plus souvent inutiles. « Lorsque la nature est disposée pour la conception, disent-ils, la femme est comme une *poudrière* ; la plus petite étincelle y met le feu. »

Les questions relatives à l'impuissance, à la masturbation ont été également traitées à fond et avec une compétence indiscutable par les Pères de l'Eglise. Nous aurons l'occasion de les examiner plus tard. Elles intéressent, en effet, le médecin-légiste ; l'Impuissance n'est pas reconnue par le Code civil comme *cause de divorce*, mais elle est reconnue par l'Eglise comme *cause de nullité de mariage*. Le médecin sera donc souvent appelé auprès des tribunaux ecclésiastiques pour appuyer de son autorité la demande introduite par une jeune femme contre un mari impuissant.

Mais il est un chapitre que le père Cangiamila n'a pu encore aborder dans son admirable ouvrage ; c'est celui relatif à la castration.

On sait que, grâce aux progrès de la gynécologie opératoire, des centaines de mille femmes ont été châtrées. Ces Femmes, qui ne sont plus aptes à la conception, peuvent-elles contracter mariage ?

Telle est la question posée au saint office de Rome ; si nous sommes bien renseignés, elle a été tranchée par l'affirmative.

L'idée romaine est du reste établie sur des considérations d'un ordre tout évangélique. On considère l'état de la femme opérée comme une simple stérilité comparable à celle de la femme âgée. Or, l'Eglise a permis aux vieillards de se lier, parce que...., disent prudemment les canons, « aucun être n'est tellement vieux qu'il ne puisse avoir par hasard une étincelle de chaleur naturelle ou artificielle ».

Voilà des *canons* bien familiarisés avec le feu des passions.

Mais, je le répète, la question est encore *pendante* ; j'aurai probablement l'occasion de la reprendre et d'en soumettre la solution aux Pères qui sont chargés, au tribunal du saint office, de la section d'embryologie et de gynécologie.

Dr MINIME.

VARIÉTÉS

—

LES CAUSERIES DE LUCINE

Le rêve.

Enfant. — Sur les bancs de l'école, alors qu'il est soumis à un maître triste, noir réprimandeur et punisseur, l'enfant rêve de liberté, de gaîté, de lointains azurés, de grands voyages, et surtout de commander et de ne plus obéir.

*
* *

Jeune homme. — Le jeune homme, vingt ans environ, est à l'aurore de l'amour ; l'instinct du sexe vient de se développer en lui et il s'installe en maître dans son esprit, l'enveloppant, l'absorbant, le fascinant, souvent à son insu. La femme commence à hanter ce jeune cerveau, vierge de toute impression génitale. Tout le rend rêveur dans ce qui compose l'être féminin : yeux, bouche, dents, courbes ondulantes, surtout le pelvis, centre et oasis de la génération. — Parcourir les contours moelleux de ce pelvis, le caresser d'une main excitante, pétrir cette chair amoureuse et fécondable, faire palpiter, vibrer cette masse musculaire et réagissante, chatouiller les voluptueuses terminaisons nerveuses de ces régions velues et abritées, venir enfin expirer délicieusement dans le boudoir escarpé et silencieux où tous nous voyons le jour, tel est le plus délicieux rêve du jeune homme qui ne connaît de l'amour que les illusions, qui ne sait de la femme que toutes les hantises sexuelles.

*
* *

Jeune fille. — Dix-sept ans, son rêve est plus éthéré, plus sentimental, plus vague, plus timide que celui du jeune homme. Son éducation, son manque de liberté la privent des notions qui lui permettraient de préciser des idées. Elle voit tout à travers un voile, essayant de deviner, avide de connaître, de vivre, d'aimer, de se dévouer, mais ne sachant comment aboutir à toutes ses réalisations. Plus tard mariée, elle saura tout. Aussi le futur mari devient le grand but de son existence, c'est lui qui comblera toutes les aspirations de son esprit et de son cœur. La pauvrette, si elle pouvait en rester là de son existence, si elle pouvait ne connaître de la vie que ce qui en a germé dans son cerveau immaculé, combien elle serait heureuse, mais elle vivra, connaîtra et verra que « connaître c'est souffrir ».

*
* *

Epoux. — Le temps a marché, le rêve du jeune homme s'est accompli, le voilà marié, en possession de la compagne que si souvent il a appelée, évoquée dans la fièvre du désir. Les premiers moments sont doux ; tout est miel dans la nouveauté ; mais que de nuages naissants dès le matin de ce beau jour ; on espère que le vent de la vie les dissipera. Hélas ! le plus souvent ils arrivent à se grouper et à se fondre en de terribles orages, qui secouent, ébranlent et quelquefois anéantissent notre existence. Alors le rêve étant déçu, la femme ne le réalisant pas comme il l'avait cru, l'homme, qui a le temps de la réflexion, se met à désirer l'enfant, être époux n'est rien, c'est être père qui comblera toutes ses aspirations vers le bonheur.

***

Epouse. — La jeune fille a quitté les lys de la vie pour en cueillir les roses, la voici épouse ; dans sa rêverie d'autrefois elle n'avait vu que les fleurs de mariage, elle commence à sentir les épines. L'homme, ce rédempteur, cet initiateur, ce protecteur, cet être aussi beau que bon, aussi bon que fort, aussi fort que courageux, ce demi-Dieu, ce presque-Dieu qu'elle avait créé dans son imagination, peuplée de toutes les fées du bonheur..... oh, n'en parlons plus, ne pensons plus à lui, taisons-le, oublions-le, comme tout ce qui est désillusion..... Mais alors que reste-t-il dans la vie, quelle est la pâture sur laquelle va se jeter notre besoin de rêve toujours renaissant ?..... cette pâture ce sera l'enfant, ce dédoublement de nous-même, cette fibre de notre cœur, ce rejeton de notre âme..... et alors tout le rêve de l'épouse s'idéalise dans la maternité.

***

Père. — Le voici l'enfant, il remplit notre vie par son balbutiement, par ses naïvetés ; il est frais, rose, joufflu, gai. C'est la jeunesse au foyer, au cœur et à l'esprit. Voilà enfin le bonheur réalisé, c'est la félicité prolongée, cherchée depuis si longtemps..... Hélas l'enfant devient malade, et alors on passe par toutes les tortures de l'angoisse, ou encore il a mauvais caractère, l'éducation est pénible et nous dépensons inutilement tous nos trésors de patience. De l'enfant, nous voulons faire un être parfait, et le voilà soit paresseux, soit peu intelligent, soit ingrat, soit inférieur sous quelque point, ne comblant aucune de nos si chères aspirations.... et de nouveau notre bonheur de s'enfuir sur les ailes de la désillusion... Hélas notre puissance de rêve diminue, car nous avons été si souvent trompés, enfin attendons, père nous ne sommes pas encore heureux, peut-être le serons-nous comme grand-père ?

***

Mère. — L'être de toutes nos convoitises est devenu une réalité. Que de peines, que de douleurs il nous a causé pour venir au monde. Mais nous oublions tout, bien mieux nous l'aimons d'autant plus, qu'il nous a plus fait souffrir, c'est la revanche de l'esprit sur le corps. Qu'il est beau cet enfant, et surtout qu'il deviendra beau, et nous éprouvons un plaisir égoïste à rêver de son avenir. Son corps, nous en connaissons et soignons tous les détails ; son esprit c'est nous qui le formons, et après en avoir façonné la matière dans notre corps, nous l'animons de notre souffle par l'éducation. Quel bonheur que d'être mère !.... Hélas l'enfant grandit, vite, et se suffit à lui-même, nous sentons qu'il nous échappe, et cette constatation nous navre. Les passions vont remplacer l'aile maternelle ; alors fatiguées, déformées, épuisées par la maternité et par la vie, notre foi et notre espérance dans le bonheur terrestre s'évanouissent les idées religieuses, dont on a rempli notre cerveau d'enfant, sortent de leur long assoupissement, et voyant que la vie sur cette terre n'est qu'une série de mirages, sur lesquels nous sommes tour à tour désabusées, nous nous éprenons de la vie future, heureuses, quand ce rêve n'a pas été rendu impossible, par les tristes idées matérialistes, dont on ternit notre époque.

***

Vieillards. — La vieillesse est arrivée, c'est-à-dire cette période terminale de l'existence ou le sexe disparaît, confondant en quelque sorte les différences, qui avaient, jusque-là, au point de vue vital, existé entre l'homme et la femme.

L'être humain n'est plus ni homme, ni femme, il est vieillard.

A cette triste époque de notre existence, la puissance du rêve diminue, s'efface, quelquefois disparaît.

La vie nous a trop trompés, pour que désormais nous nous laissions prendre à ses illusions.

Momentanément, pendant quelques semaines ou quelques mois, certains excitants peuvent nous rendre un regain de jeunesse et nous replonger dans le rêve, tels l'alcool, le tabac, l'absinthe, l'éther, le haschich, la morphine. — Hélas ! combien éphémère est leur action, et quelles douleurs, quelles maladies, quelle déchéance intellectuelle, quel avilissement de tout notre être portent avec eux tous ces poisons trompeurs.

L'humanité court à eux, elle n'attend même pas la vieillesse pour cela ; son besoin de rêve l'entraîne au précipice, car le rêve, comme le désir des richesses, tenaille l'être humain dans toute son existence ; il constitue une de ses passions dominantes, cause fréquente de sa perte.

Mais ce rêve étant le meilleur remède aux tristes maux de l'existence, la poésie qui vient nous consoler de la prose, que nous reste-t-il dans notre vieillesse pour nous faire aimer la vie ?

Est-ce la politique pour l'homme, la charité pour la femme ? Quelquefois. Mais que de désillusions dans ces deux chimères humanitaires !

Quoi alors ? La religion ? douce illusion qui malheureusement n'est plus à la portée de tout le monde.

Dans notre enfance nous avions les fées, le petit Noël. — Dans notre maturité nous avions l'amour. — Dans notre vieillesse nous aurions la religion.

Chaque période de l'existence aurait ainsi son rêve..... Hélas ! on a détruit la religion ou l'on est sur le chemin. — L'enfant croit de moins en moins aux fées et au petit Noël. — La maturité sent de moins en moins l'amour.

Que mettrez-vous à la place du rêve, anarchistes de nos illusions ?

*
* *

Oh poètes ! rendez-nous le rêve. Savants, trouvez-nous un principe quelconque qui, sans nous faire de mal, nous le ramène sur cette terre et lui donne toute sa puissance.

Trouvez-nous la morphine qui ne nous intoxique pas, l'alcool qui ne nous brûle pas, le tabac qui ne nous nicotine pas.

Oh ! le rêve, le rêve ! Quand il est envolé il y a bien le souvenir, mais ce souvenir ne saurait suffire au bonheur.

La religion catholique a eu son messie, le rêve n'aura-t-il pas le sien. L'humanité l'attend, le souhaite de toute son âme !

Reviens, ô rêve envolé..... vers ce qui nous fuit... conquête de l'irréel... illusion du désir... griserie du fantôme... hallucination du bonheur, de la jouissance et de toutes les félicités. — Reviens à nous, ou, si tu désertes cette terre, envoie au moins la mort à ta place pour faire cesser l'ennui de vivre !

Heureux les rêveurs
Ce sont des Dieux égarés sur la terre.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

—

LE SENEÇON COMME HÉMOSTATIQUE

(Dr Prevost.)

Posologie. — On peut ordonner :

a) L'extrait fluide américain LX gouttes par jour à donner en 3 fois, d'heure en heure et pouvant aller jusqu'à C gouttes. Cette préparation est la meilleure.

b) Extrait aqueux ou alcoolique de *senecio vulgaris* de 2 à 2 gr. 50 par jour, en bois de 20 à 40 centigrammes.

M. Dalché formule de la façon suivante :

1° Extrait fluide américain de seneçon... 4 grammes.
Elixir de Garus q. s. pour 160 grammes.

De 3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

2° Extrait fluide américain de seneçon... 4 grammes.
Poudre de guimauve..... 12 —
en 20 cachets.

De 7 à 8 cachets par jour.

3° Extrait fluide américain de seneçon... 4 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères q. s. pour 200 grammes.

3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

4° Extrait fluide de seneçon..... 0.40 centigr.
pour une dragée.

3 à 4 dragées par jour.

5° Extrait fluide de seneçon..... LX gouttes.
Eau sucrée..... ..... 45 grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les heures pendant 3 heures.

Les seneçons étudiés par le Dr Prevost sont les seneçons indigènes, le *senecio vulgaris* et le *senecio Jacobea*, dont on retire deux alcaloïdes, la *sencionine* et la *senecine*. Witt (de Reims) a même préparé le chlorhydrate de senecionine qui, expérimentalement, diminue l'excitabilité des nerfs moteurs, augmente l'amplitude de la systole ventriculaire et diminue le nombre des battements du cœur.

Comme indications thérapeutiques, le seneçon, d'après MM. Bardet et Bolognési, provoque la menstruation dans les cas les plus variés d'aménorrhée soit causée par un défaut de sécrétion, dû à des affections ayant amené un mauvais état général des malades, soit qu'il s'agisse d'aménorrhée simple. L'extrait de seneçon régularise et provoque les fonctions menstruelles.

TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE DE LA FISSURE A L'ANUS

(I. Boas, de Berlin.)

L'A. a obtenu 10 fois sur 12 la guérison de la fissure à l'anus au moyen d'un simple traitement médical visant surtout l'immobilisation complète de la région anale. A cet effet, le patient doit rester une semaine au lit en s'alimentant pendant toute cette période de temps exclusivement avec des potages légers et en prenant de la teinture d'opium à la dose de dix gouttes, répétée trois fois par jour. On détermine de la sorte une constipation absolue. Si la fissure est accessible à la vue, on la saupoudre d'une substance antiseptique sèche, telle que l'iodoforme, le calomel, etc., mais sans

la toucher ni avec la main, ni avec des instruments ou des pièces de pansement. Il faut s'abstenir de tout lavage antiseptique, qui serait plutôt nuisible qu'utile. Au bout de huit jours, on administre une forte dose d'huile de ricin en recommandant au patient de ne se présenter à la garde-robe que lorsqu'il sentira les selles devenir complètement liquides et de ne faire aucun effort pendant l'évacuation des matières. Souvent la première défécation est indolore et la fissure se trouve guérie. Chez certains sujets il faut, pour obtenir ce résultat, répéter le traitement une seconde et même une troisième fois. Cette méthode n'échouerait que dans les rares cas où l'on ne peut obtenir une rétention complète des fèces.

TRAITEMENT DE LA RHINITE BLENNORRHAGIQUE DES ENFANTS

Si l'on songe que la muqueuse nasale n'offre aucune résistance particulière à l'infection blennorrhagique et que le nez est plus accessible encore que les yeux protégés par les paupières à l'infection dans le vagin pendant l'accouchement, on s'étonnera à bon droit de ne trouver dans les recueils presque aucun renseignement à ce sujet. Cependant cette rhinite blennorrhagique ne serait pas aussi rare, puisque De Stella, à la clinique de Leman, a pu en recueillir quinze cas dans ces derniers mois. L'étiologie de la maladie est très simple. L'enfant naît avec un coryza purulent, auquel cas l'infection s'est produite dans le vagin, ou bien le coryza survient plus tard par suite de l'infection par une ophtalmie purulente. Dans tous les cas observés par De Stella, les enfants étaient dans leur première année. Dans 9 de ces cas, on put démontrer avec certitude la présence du gonocoque de Neisser. Dans les autres, la preuve du gonocoque manquait, cependant il existait des microcoques pyogènes en quantité. L'aspect clinique est typique.

Les enfants tiennent la bouche ouverte, car la respiration par le nez est complètement interrompue. Ils portent rapidement les mains à la poitrine qu'ils lâchent au bout de quelques secondes ; ils dorment la bouche ouverte et ronflent. On trouve dans les cavités nasales des masses purulentes qui sont souvent tendues pendant les cris ou les pleurs de l'enfant. La muqueuse nasale est rouge gonflée, catarrhale. Dans la plupart des cas on peut établir que la mère avait déjà pendant la grossesse un écoulement vaginal suspect. Il n'est pas rare qu'il existe en même temps une ophtalmie purulente. Le diagnostic de la rhinite blennorrhagique ne peut être porté avec sûreté que par examen bactériologique. En recherchant les gonocoques, on ne doit pas oublier de décolorer la préparation d'après le Gram pour distinguer le gonocoque des différents diplocoques qui existent dans les cavités nasales. Les suites de la blennorrhagie nasale sont très variables. L'obstruc-

tion du nez empêche les enfants de têter et les oblige à respirer la bouche ouverte. Ils respirent l'air froid, sec, bacillifère, de là des laryngites, des bronchites et des affections pulmonaires. En outre le gonocoque diminue l'action bactéricide du mucus nasal, ce qui prédispose aux infections secondaires.

Le pronostic est favorable lorsque la maladie est reconnue en temps utile. Lermoyez conseille des irrigations nasales avec de l'eau bouillie et l'insufflation d'une poudre consistant en nitrate d'argent 0,20 et poudre de talc 10. De Stella badigeonne les deux cavités nasales avec un pinceau trempé dans une solution de protargol à 2 — 3 % ; puis trois fois par jour il fait badigeonner le nez avec la pommade suivante :

Acide borique	1 gr. 50
Menthol	0,15
Vaseline	15,0

Au point de vue prophylactique, on recommande les mêmes règles que pour l'ophthalmie, soit l'installation dans le nez de quelques gouttes d'une solution de sublimé à 1 : 2.000 ou d'une solution de protargol à 1 : 80. (*France médicale.*)

MÉDICATIONS NOUVELLES

La tenaline, nouvel antihelmintique. — La noix d'Arec contient, comme on le sait, comme principes actifs, l'arecaidine et la guoacine. La nouvelle préparation tirée de la noix d'arec a été baptisée du nom de ténaline et est, d'après Hodbay, un vermifuge très actif qui a donné d'excellents résultats dans le tænia et les ascarides. La dose du médicament est de une goutte par 500 grammes du poids du corps du malade ; cependant, on ne peut, paraît-il, doubler sans danger la dose du médicament, car on pourrait s'exposer à de la diarrhée et du ténesme. La ténaline n'est donc pas absolument inoffensive, et dans les recherches sur les animaux qui ont été faites, on a pu voir que la mort arrivait par paralysie des muscles de la respiration quand on injectait une certaine dose de ce remède.

L'aspidium spinulosum comme tænifuge. — D'après le Dr W. Lauren, l'*Aspidium spinulosum* — fougère qui, en Finlande, est beaucoup plus répandue que l'*Aspidium filix mas* ou fougère mâle officinale — serait également douée de propriétés tænicides. C'est ainsi que notre confrère a pu se débarrasser lui-même d'un botriocéphale, après avoir absorbé 4 grammes d'extrait éthéré de racine d'aspidium spinulosum. D'autre part, MM. les Drs Löfström et Schaumann (d'Helsingfors) ont expérimenté cette préparation sur 6 sujets porteurs de tænias. On avait affaire cinq fois à des botriocéphales, qui furent rendus avec la tête, et une fois à un tænia médiocannellata dont la tête ne paraît pas avoir été expulsée. Dans tous ces cas on a fait prendre 3 ou 4 capsules gélatineuse kératinisées renfermant chacune un gramme d'extrait d'aspidium spinulosum. Un purgatif a été administré avant et après l'ingestion du tænifuge. Ce traitement a toujours été bien supporté.

La belladone dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants. — Coutts a employé la belladone dans un grand nombre de cas de broncho-pneumonie chez les enfants qu'il soignait à Londres à l'hôpital de l'Est. Il n'a eu qu'à se félici-

ter d'avoir employé ce remède. Son collègue, le docteur E. Smith, a été également très surpris de la rapidité d'action utile que peut avoir la belladone. En ce qui concerne la mortalité, ces auteurs, sans toutefois produire de statistique, affirment que le nombre des décès enregistrés est très faible. La dyspnée disparaîtrait rapidement. Dans un grand nombre de cas la température revient à la normale après la première prise du médicament.

L'auteur se sert de l'extrait de belladone à la dose d'un quart de grain (environ 0 gr. 026 toutes les trois ou quatre heures). La même dose servait aussi bien aux enfants de six mois qu'aux enfants de six ou sept ans. L'auteur attribue les bons effets de ce médicament à la facilité qu'il présente de limiter et de diminuer la sécrétion bronchique. (*Nouveaux remèdes*, 8 juillet 1899).

Traitement de la bronchite par la Grindelia robusta. — Dans le traitement de la bronchite emphysémateuse avec expectoration abondante on obtient une très rapide et très notable diminution de l'expectoration, ainsi qu'un soulagement manifeste des troubles fonctionnels. Egalement bons résultats chez les enfants strumeux, atteints de toux coqueluchoïde persistante. Chez les phtisiques, on peut, avec l'extrait de *Grindelia robusta*, amener un soulagement des accidents de nervosisme et une diminution parfois considérable de l'expectoration. Ce médicament n'a aucune action directe sur la tuberculose pulmonaire. On a préconisé aussi le *Grindelia robusta* contre les palpitations de croissance.

En résumé, cette préparation paraît surtout avoir une action marquée sur l'élément catarrhal dans les lésions broncho-pulmonaires, et elle est appelée à rendre des services dans la thérapeutique. On peut la prescrire, sans inconvénient, à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Traitement de la dysenterie par le permanganate de potasse. Le Dr Gastinel a eu d'excellents résultats par l'emploi du Per. de p. en lavements.

Il donne un lavement chaud (40 à 45°) de 500 gr. et emploie la solution à 0,50 centif. pour 1000. Le lavement est gardé une demi-minute au moins, deux minutes au plus.

Le lavement doit être donné chaud : une manière très simple d'opérer est d'avoir une solution à 1 gramme par litre et de préparer le lavement en ajoutant à 250 grammes de cette solution froide 250 grammes d'eau suffisamment chaude pour que le mélange obtenu soit à la température convenable, soit aussi chaud qu'on peut le supporter.

Bien entendu, tout lavement au permanganate doit être précédé, à un quart d'heure d'intervalle environ, d'un lavement laveur, préparateur, de 500 grammes d'eau bouillie et chaude (45°), dans laquelle, pour mieux détacher les mucus et nettoyer plus complètement l'intestin, on peut dissoudre 2 grammes de bicarbonate de soude.

Après chaque lavement actif, il est indispensable d'observer un repos d'une heure au lit : du reste, le repos au lit est un élément important du traitement de la dysenterie, car il assure l'immobilisation de l'intestin.

Pour retirer du traitement par le permanganate de potasse tous ses bienfaits, il faut l'employer, le plus tôt possible du début de la maladie. Alors, dès le premier lavement, l'ensemble des symptômes douloureux et inquiétants s'atténue d'une façon frappante; un véritable bien-être s'installe.

Dès qu'un malade se présente avec les symptômes de la dysenterie, on ordonne un avement au permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 100 ; si c'est le soir, là s'arrête toute la prescription. Mais pour le lendemain matin, de bonne heure, on prescrit un nouveau lavement, et, on fait prendre 1 gramme (un) de calomel ; pas d'autre prescription pour la journée.

Si le malade se présente le matin, le lavement au permanganate est administré dans le plus bref délai, le calomel est ingéré une heure après par exemple, dès que le calme est revenu.

Le lavement au permanganate fait ensuite partie de la prescription quotidienne et, si l'intensité de la maladie l'indique, on en place deux dans les vingt-quatre heures, à dix ou douze heures d'intervalle l'un de l'autre.

Le calomel peut être donné ensuite deux ou trois fois si les selles ne se modifient pas assez vite. En même temps régime lacté.

Chez les enfants atteints de dysenterie, M. Gastinel emploie le même traitement que chez les adultes, en donnant la dose appropriée de calomel et en se servant, à partir de quatre ans, d'une solution de permanganate à 20 centigrammes pour 1000.

Nouveau traitement des ulcères de jambes. — La technique du traitement, qui a donné à l'auteur d'excellents résultats dans 42 cas, est la suivante : 1° Lavage soigné de l'ulcère à l'eau chaude ; 2° assèchement avec du coton iodoformé ; 3° application, sur toute la surface de l'ulcère, d'une mince couche d'iodorme qu'on recouvre d'une compresse de gaze ; 4° entourer la jambe, depuis les malléoles jusqu'au genou, de bandelettes de toile trempées dans une solution d'aldéhyde formique à 1 ou 2 pour 100. Il faut 4 ou 5 couches de ces bandelettes ; 5° mettre par-dessus des bandelettes de toile trempées dans une solution d'aldéhyde formique à 2 ou 4 pour 100 ; 6° recouvrir le tout d'un pansement compressif.

Ce pansement doit être renouvelé d'abord toutes les douze heures, puis toutes les vingt-quatre heures.

Dès le second jour la suppuration diminue considérablement ; les douleurs, la mauvaise odeur, l'état d'inflammation des bords de l'ulcère disparaissent complètement. S'il existe encore des îlots d'épithélium, la cicatrisation marche rapidement de la périphérie vers le centre et la plaie ne tarde pas à guérir.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsqu'il y a absence des îlots d'épithélium, la cicatrisation se fait attendre ; il faut plonger la jambe dans un bain chaud, curetter toute la surface de l'ulcère et appliquer le pansement décrit plus haut. La cicatrisation de l'ulcère s'effectue alors comme dans le cas précédent. (*Presse médicale.*)

R. Romme.

Mode particulier d'emploi de la naphtaline dans le traitement des plaies et ulcères. — M. Yakovleff (*Wratch*) se sert depuis 4 ans avec succès de la naphtaline en poudre pour le traitement des ulcérations et plaies. Comme il n'a jamais remarqué chez les malades le moindre phénomène pénible, désagréable ou inquiétant à la suite de ce traitement, il a eu l'idée d'essayer la même substance à haute dose, et voici comment il procède :

On prépare, avec de la tarlatane bien aseptisée dans le sublimé, des petits coussins dont les dimensions dépassent de quelques centimètres celles de la plaie à traiter : on remplit ces coussins de poudre de naphtaline, de façon à leur donner une épaisseur de 2 à 3 centimètres.

Après avoir bien nettoyé et sèche, la surface ulcérée, on applique un coussin de naphtaline, puis une couche de ouate hydrophile et du taffetas, et on maintient le tout avec des bandes amidonnées. Ce pansement peut rester en place au moins 8 jours, et même — si la sécrétion est insignifiante — 2 et 3 semaines. Plus on le laisse, mieux il agit. On ne l'enlève que s'il est imbibé des produits de sécrétion.

Quand on enlève le pansement, on voit que toute la naphtaline a pour ainsi dire fondu, comme si c'était de la neige, malgré l'application dans certaines plaies étendues, de 60 grammes de cette poudre.

L'auteur emploie ce mode de traitement depuis 5 mois et trouve qu'il est absolument supérieur à tous les autres qu'il a essayés depuis 12 ans. Les résultats sont particulièrement satisfaisants dans l'ulcère de la jambe où déjà, au bout d'une semaine, on constate que les bords ont perdu leur induration et que le fond est détergé. La cicatrisation va de la périphérie au centre et avance de 1 à 2 cent. par semaine, de sorte qu'on peut parfaitement prévoir la durée exacte du traitement (l'auteur a fait exprès, dans ce but, des mensurations précises des ulcères). Le premier pansement est enlevé au bout de 8 jours, les suivants peuvent rester 10, 15 jours et plus.

M. Yakovileff explique les résultats obtenus, d'une part par l'action bactéricide de la naphtaline, d'autre part par ce fait que grâce à l'occlusion du pansement et à la température, la sécrétion s'évapore et la naphtaline aussi ; or, Sehrwald a démontré qu'en vapeur l'action bactéricide de la naphtaline est beaucoup plus considérable. Les avantages de ce pansement sont les suivants : innocuité absolue, prix peu élevé, économie de temps. (*Médecine moderne*, 1899.)

Le savon au bioxyde de sodium dans le traitement des affections aoniques. — On sait qu'en chauffant du sodium dans une atmosphère d'oxygène pure et sèche on voit ce métal brûler avec une flamme jaune et se transformer en une poudre jaunâtre, le bioxyde de sodium. En présence de l'eau, cette substance se décompose aussitôt en dégageant de l'oxygène à l'état naissant et en se transformant en soude. Elle réunit donc les propriétés d'un oxydant énergique à celle d'un médicament alcalin. De fait, appliquée sur la peau elle ramollit la couche cornée et exerce en même temps une action décolorante énergique qui se manifeste

par la disparition des points noirs des comédons et de toute pigmentation pathologique.

M. le docteur P. Unna (de Hambourg) a constaté que le bioxyde de sodium rend des services précieux dans le traitement de l'acné ponctuée et pustuleuse, ainsi que dans l'acné rosacée, où, sous l'influence des applications de ce médicament, la peau, des parties malades reprend rapidement l'aspect normal.

Comme pour la préparation des pommades à base de bioxyde de sodium, on ne peut utiliser que des substances onctueuses non saponifiables (hydrocarbures) ou des savons anhydres, notre confrère se sert d'un mélange composé de 3 parties de paraffine liquide pour 7 parties de savon médicinal complètement desséché et contenant de 2 à 20 % de bioxyde de sodium.

Les applications de ce savon ont lieu de une à trois fois par jour, suivant l'intensité des lésions. On en étend une couche sur la région atteinte et on frotte avec un tampon d'ouate humecté d'eau, ce qui amène un dégagement d'oxygène avec production d'écume. On continue la friction jusqu'à ce que la sensation douloureuse qu'elle provoque devienne assez vive et on enlève ensuite l'écume savonneuse en lavant simplement avec de l'eau. Dans les intervalles de ces applications on peut faire usage des pommades ou pâtes employées habituellement contre les affections acnéiques.

Lorsqu'il s'agit de cas invétérés, M. Unna commence par se servir d'un savon renfermant 10 à 20 % de bioxyde de sodium, puis, à mesure que l'amélioration s'accuse, il utilise des savons de plus en plus faibles. (*Semaine méd.*, 23 août 1899.)

Les convulsions alcooliques du nouveau-né. — Des convulsions graves peuvent survenir chez les nouveau-nés dont les nourrices font un usage immodéré de vin ou de boissons alcooliques.

Ces convulsions sont précédées d'une période pendant laquelle l'enfant devient nerveux, irritable et paraît atteint d'une hyperesthésie générale. Une fois réalisées, elles ne diffèrent point de l'éclampsie classique, mais se font remarquer par le nombre rapidement croissant des attaques et même, après quelques jours, par l'établissement d'un état convulsif permanent entrecoupé de vraies attaques.

Les convulsions d'origine alcoolique du nourrisson ne s'accompagnent généralement pas de troubles gastro-intestinaux, ni de fièvre ; elles apparaissent, au contraire, chez les enfants dont la nutrition semble satisfaisante et dont la courbe des pesées est même au-dessus de la moyenne.

Le diagnostic causal de ces convulsions ne peut être établi qu'après exclusion des autres causes habituelles de l'éclampsie infantile et sa vérification sera souvent d'un contrôle difficile, la fraude de la nourrice étant toujours soigneusement dissimulée. On devra néanmoins conduire son enquête dans ce sens, lorsqu'on se trouvera en face d'un état éclamptique apyrétique, dont les attaques se répètent plusieurs jours de suite en augmentant de fréquence, et cela en l'absence de toute autre cause morbide du côté de l'intestin et de l'appareil respiratoire.

La disparition complète des accidents convulsifs soit par le changement de la nourrice, soit par la suppression du vin et des liqueurs dans le régime de celle-ci, démontre que l'action toxique de l'alcool peut s'exercer sur le nourrisson, par l'intermédiaire du lait. Il n'est pas nécessaire que la quantité de vin consommée par la nourrice soit considérable pour nuire au nourrisson, lorsque celui-ci possède, du fait de son hérédité névropathique, une excitabilité anormale de son système nerveux.

Traitement du muguet par le suçon boriqué. — Th. Escherich obtient, chez les enfants atteints de muguet, des résultats thérapeutiques qui ne laissent rien à désirer en donnant aux petits malades un suçon chargé d'acide borique en poudre.

A cet effet, on prend un petit tampon de coton aseptique, on l'imprègne d'acide borique finement pulvérisé et additionné d'une petite quantité de saccharine, en utilisant chaque fois 0 gr. 20 centigrammes environ de poudre, puis on le referme dans un petit sac de soie ou de batiste soigneusement stérilisé et on l'introduit dans la bouche de l'enfant qui d'ordinaire le garde volontiers en le suçant dans les intervalles des têtées et parfois même pendant le sommeil. Sous l'influence des mouvements de succion, l'acide borique se dissout lentement dans la salive et peut de la sorte agir d'une façon directe et continue sur l'odium albicans. Le lendemain, on donne à l'enfant un suçon identique au premier.

L'effet de ce traitement se manifeste d'une manière rapide. Dans les

cas récents, lorsque le muguet n'est pas encore très étendu, l'enduit mycosique s'efface partout au bout de vingt-quatre heures, sauf dans les rainures gingivo-buccales d'où il disparaît dans le courant du jour suivant. Dans les cas invétérés, la guérison ne se produit qu'après un temps un peu plus long. On peut l'accélérer en associant à l'usage du suçon boriqué des nettoyages mécaniques et des badigeonnages médicamenteux de la cavité buccale, mais l'affection guérit très bien, même en l'absence de ces moyens adjuvants. Le traitement n'échoue que s'il s'agit d'enfants moribonds qui n'ont plus la force de sucer et chez lesquels il n'existe, pour ainsi dire, plus de sécrétion salivaire.

FORMULAIRE

Traitement de l'hystérie chez les jeunes filles.

1° Cataplasmes chauds de feuilles de belladone, arrosés d'huile de jusquiame sur l'abdomen.

2° Maintenir la malade au repos absolu et au silence pendant l'époque menstruelle.

3° Plonger tous les jours la malade dans un bain de tilleul à 37° pendant une heure ou une heure et demie.

Ajouter au bain la décoction suivante :

Fleurs de tilleul.....	300 gr.
Eau bouillante..	2000 gr.

4° Administrer à la sortie du bain le lavement suivant à *faire garder* :

Valérianate d'ammoniaque.....	0,30 centig.
Camphre blanc pulvérisé.....	0,25 —
Jaune d'œuf..... ..	N° 1.
Décocté de valériane.	200 grammes.

5° Faire prendre *cinq jours avant* les règles et *cinq jours après* 30 à 40 gouttes en trois ou quatre fois par fraction de 10 gouttes de :

Alcoolature de feuilles et racines fraîches d'anémone pulsatile, pendant plusieurs périodes menstruelles successives.

6° Après trois mois de ce traitement (s'il échoue), administrer, cinq jours avant, pendant et cinq jours après les règles 40 à 50 gouttes par jour en deux fois de :

Teinture de viburnum prunifolium, 5 grammes (pendant plusieurs époques successives).

7° Inhalations d'éther ou de chloroforme à petites doses en cas de crise aiguë.

Contre les coliques utérines.

(Bossi.)

Extrait fluide d'hydrastis canadensis.....	
Extrait fluide d'hamamelis virginica.....	
Extrait fluide de viburnum prunifolium	ãã 10 gr.
Teinture de piscidia erythrina.....	
Laudanum de Sydenham.	2 gr.

90 gouttes dans un verre d'eau à répéter si besoin, trois fois en 24 heures.

Bossi pense qu'on doit employer cette formule dans la grossesse lorsque les coliques font craindre un décollement prématuré de l'œuf.

Teinture durétique.

(Huchard.)

Teinture de grindelia robuste	10 gr.
— deconvallaria maialis.....	10 —
— de scille.....	5 —

Quinze gouttes trois fois par jour.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET L'ACCOUCHEMENT FORCÉ.

M. le Dr Calle a récemment publié, dans le *Bulletin de la Société de médecine du Nord*, une fort intéressante observation d'opération césarienne pratiquée avec succès chez une femme qui venait de succomber à une attaque d'angine de poitrine.

M. Calle attire l'attention sur les difficultés que rencontre toujours le praticien isolé qui veut pratiquer une telle opération. On traite les médecins de « boucher » lorsqu'il veut tenter de sauver l'enfant, et on laisse cependant opérer le curé, qui n'a pas toujours les aptitudes nécessaires pour extirper de l'utérus un enfant vivant.

« Que penser, dit l'auteur, de l'état des esprits subitement affolés devant une mort soudaine, violentés, forcés d'accepter une intervention qui répugne à leur sentimentalité et dont la seule hypothèse leur paraît terrifiante. Que dire encore de la possibilité d'une erreur ? Et quelle situation pour le médecin si l'opérée se réveillait sous le couteau. Semblable méprise ne paraît guère probable. On en cite pourtant et j'en ai trouvé de singuliers exemples dans le travail de Thévenot (*Annales de gynécologie*, 1878) et la thèse de Claveri (1895). J'en voudrais citer quelques-uns au hasard.

Voici d'abord Philippe Peu (*Pratique des accouchements*, 1694), qui nous raconte lui-même sa pénible aventure :

« Je n'ai jamais voulu l'entreprendre (l'opération césarienne) sur un corps vivant. Je vous dirai ingénûment qu'au commencement que je pratiquais, il m'arriva d'être mandé à la porte Saint-Martin, pour la faire chez une jeune femme, grosse à terme, d'un puissant enfant. Un nombre de voisines que j'y trouvai, m'en pressèrent fort, m'assurant qu'elle était expirée. Je le crus aussi comme elles. Car lui ayant fait mettre un miroir sur le visage, il n'y parut aucun souffle de vie, et déjà, je n'avais perçu *nul mouvement sur la région du cœur*, y ayant porté la main pour m'en assurer. Mais soit que la distance qui s'y trouve d'ordinaire en l'agonie entre les soupirs ou les mouvements de diastole et de systole, aida à me tromper en ce moment terrible, soit que Dieu permit que je les crus ainsi trop aisément pour m'apprendre à ne donner pas une autre fois tête baissée dans la volonté de tels gens, sous un prétexte de charité mal concerté ; il est certain que portant l'instrument pour faire mon incision, cette femme fit un tressaillement accompagné de grincements de dents et de remuement des lèvres, dont j'eus une si grande frayeur, que je pris, dès lors, la résolution de ne l'entreprendre jamais qu'à coup sûr.

Une autre observation, non moins caractéristique est rapportée par Bodin (*Essai sur les accouchements*, an V):

La femme Gaut..., du village de la Janverie, commune de Montant, département de Loir-et-Cher, étant dans les douleurs d'une grossesse à terme, tomba dans un tel état que le nommé Pénard, chirurgien à Cangey, la croyant morte, lui ouvrit le ventre et la matrice avec un rasoir, et sans trop de précaution, pour sauver la vie de l'enfant. L'effusion du sang, la douleur de l'opération rappelèrent la malheureuse à la vie. Elle poussa un soupir et dit : *que vous me faites mal* ! au moment où ce chirurgien s'efforçait d'enfoncer une aiguille dans un des bords de la plaie, pour contenir les entrailles dans l'abdomen par un point de suture. Surpris et autant effrayé de ces paroles que de l'opération qu'il venait de faire, et qu'il n'aurait jamais entrepris sur une femme vivante, il s'enfuit. Il fallut retourner chez lui, l'assurer que la femme Gaut... n'était pas morte et qu'elle le priait de venir la recoudre, pour l'y déterminer. Un frère qu'il avait à Limeray, et un peu moins ignorant que lui, dirigea la cure ; elle guérit et vivait encore en septembre 1792.

Baudelocque a fait connaître un autre fait de la même espèce, qui ne date que de la fin de l'an VI. Un chirurgien du voisinage de la ville qu'il habite ouvrit aussi le ventre de la femme avec des ciseaux ; l'enfant présenta aussitôt un des pieds à la plaie de la matrice, et fut expulsé par la voie naturelle, avant qu'on eût achevé d'ouvrir entièrement ce viscère. La femme était complètement guérie au bout de deux mois.

Ces faits ne sont-ils pas tout à fait démonstratifs et ne montrent-ils pas quelle énorme responsabilité doit assumer le médecin qui, mis en présence d'une femme enceinte, morte subitement, entreprend l'opération césarienne. La mort, après tout, dans les premiers instants, peut être plus ou moins probable ; elle n'est jamais certaine. Là, réside le danger véritable. « Si la femme est vivante, dit Devergie, qu'il y ait eu erreur dans la mort et que l'opération césarienne entraîne ensuite le décès de la mère, nul doute qu'il se trouvera des familles qui intenteront un procès en dommages et intérêts ; nul doute qu'un magistrat soit en droit d'exercer des poursuites contre le médecin sous l'inculpation d'homicide involontaire. Mais attendez ; ce n'est là qu'un premier écueil. Le médecin se trouve devant une famille dont les intérêts sont divers. L'avis du mari est favorable, celui de la mère, des sœurs ou des héritiers de la défunte ne l'est pas. Que devra faire le médecin ? Ce n'est plus seulement l'erreur sur la vie qu'il lui faudra éviter ; ce sont les poursuites civiles et les dommages et intérêts.

Ce n'est pas d'ailleurs que je prétends condamner, sans appel, l'hystérotomie, dont mon observation, après tout, rapporte un heureux succès. En somme, la proposition de Thévenot « : L'opération césarienne post-mortem, qui déjà appartient à un autre âge, doit disparaître de nos mœurs », me paraît excessive. Mais l'accouchement forcé, cependant, trouvera des indications très fréquentes après la mort de la mère. Je n'ai pas l'intention d'en préciser ici le manuel opératoire. Il consiste essentiellement dans la dilatation du col à l'aide des doigts, et dans l'introduction de la main suivie de l'extraction par version podalique. Parfois même le forceps pourra être appliqué. Peu importent ces détails. On les trouvera très clairement indiqués dans Thévenot et dans Claverie.

L'essentiel est de bien savoir que le col, chez la femme à l'agonie ou morte, même avant tout travail, se laisse très facilement pénétrer. C'est ainsi qu'en 1888, dans le service de M. le professeur Pinard, une sage-femme, Mlle Carrier, put extraire vivants, par les voies naturelles, les trois enfants dont une femme, morte subitement, était enceinte. Très rarement de petits débridements seront nécessaires. Le plus souvent quelques minutes, cinq en moyenne, suffiront à toute l'opération et les moins expérimentés pourront, m'a-t-on affirmé, la mener à bonne fin. Il y a là une particularité remarquable sur laquelle j'insiste volontiers. Elle doit déterminer à pratiquer l'accouchement forcé post-mortem chaque fois qu'une rapidité extrême de l'intervention ne paraît pas nécessaire et ne vient pas plaider en faveur de l'opération césarienne.

UN NOUVEAU FORCEPS A POIGNÉE.

Notre collaborateur Berthod a présenté à la Société d'Obstétrique de Paris un forceps nouveau. « Je m'en excuserais volontiers, dit M. Berthod, car il y en a déjà beaucoup et d'excellents ; mais le modèle que je vous soumets m'a paru pratique ; il n'est pas cher, ce qui est à considérer aussi.

Forceps à poignée du Dr Paul Berthod.

Ce forceps, que j'ai dénommé *forceps à poignée*, est entièrement métallique et comprend deux parties :

1° Le forceps proprement dit : il n'a rien de spécial, mais il est léger : le centre de gravité est en avant de l'articulation afin de faciliter l'introduction.

Les cuillers sont souples, à courbure fortement cintrée ;

Les manches aplatis, évidés, légèrement courbés et contournée à l'extrémité pour le maintien commode et la bonne conduite de l'instrument. Ils sont réunis par une vis à ailette mobile.

L'articulation se fait par une vis à tête évidée, terminée par *une gorge*. Sauf cette vis à gorge, le forceps peut d'ailleurs être quelconque.

2° La poignée s'accroche sur cette gorge, au moyen *d'un genou*. Cette poignée est en forme de crosse de pistolet recourbée à l'extrémité inférieure ; elle est calculée tellement que la traction à son niveau s'exerce suivant le prolongement de l'axe des cuillers du forceps. La poignée permet de tirer avec une seule main, ce qui est suffisant et utile, parce que l'autre main reste ainsi libre et de réserve.

Dans l'établissement du forceps à poignée, je me suis préoccupé uniquement de l'effet pratique au point de vue de l'empoigne et du rendement utile de l'instrument.

J'ajouterai que la vis à gorge et la poignée constituent un dispositif nouveau pouvant être adapté à un forceps quelconque, lequel s'en trouve ainsi heureusement modifié. » (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, séance du 16 nov. 1899.)

EMBRYOLOGIE

—

DE LA PUÉRICULTURE INTRA-UTÉRINE AU COURS DES GROSSESSES GÉMELLAIRES

Très intéressante et très instructive est la thèse que le docteur O. Dachemont vient de présenter à la Faculté de médecine de Paris.

L'auteur a dépouillé les observations de toutes les femmes qui depuis la fondation de la Clinique Baudeloque, en 1889, ont passé par les salles. Ces observations sont au nombre de 18.700.

Dans ce grand nombre d'accouchements il y a 225 cas de grossesse gémellaire.

Ils se répartissent ainsi :

Cent douze femmes se sont reposées pendant les derniers mois ou pendant les dernières semaines de la grossesse.

Quarante-neuf ne se sont pas reposées.

Cinquante-trois n'ont pas donné de renseignement à ce sujet.

Onze ont eu une grossesse pathologique.

Pour les femmes *qui se sont reposés* pendant les derniers mois de leur grossesse, il s'est écoulé entre le dernier jour de leurs dernières règles et le jour de l'accouchement *en moyenne 269 jours*. Pour les femmes *qui ne se sont pas reposées* on a obtenu une moyenne de 247 jours. Enfin, pour les femmes sur lesquelles on n'avait *pas de renseignement*, la moyenne a été de *250 jours environ*.

Après avoir étudié les motifs pour lesquels les femmes sont privées de ce moyen thérapeutique important, le repos, l'auteur arrive aux conclusions suivantes que nous donnons *in extenso*.

I. Une femme enceinte de jumeaux a, lorsqu'elle se repose, plus de chance pour approcher du terme normal de la grossesse et ses enfants seront d'autant plus gros et auront plus de chance de vivre qu'elle se sera reposée plus longtemps.

II. Une femme enceinte de jumeaux qui ne se repose pas accouchera presque inévitablement avant terme, et ses enfants seront d'autant plus petits et auront moins de chance de survie que le travail de leur mère aura été plus pénible et se sera prolongé jusqu'à une époque plus proche de l'accouchement.

L'observation des faits rend donc indiscutable la proposition suivante :

Lorsqu'une femme qui pourrait donner la vie à des enfants robustes et viables, accouche, presque toujours avant terme, d'enfants morts, non viables ou d'une vitalité intérieure, c'est parce que, le plus souvent, sa position sociale, disons le mot, sa misère l'a contraint à travailler jusqu'au moment où les douleurs de l'accouchement sont venues la surprendre.

Cette vérité est rendue plus évidente encore dans les accouchements gémellaires où le surmenage de l'organisme est lui-même plus considérable.

PASSAGE DE L'ALCOOL DE LA MÈRE AU FŒTUS

M. Nicloux, après de nombreuses expériences sur le cobaye, conclut que l'alcool passe de la mère au fœtus dans des proportions très notables. Les teneurs en alcool du sang maternel et fœtal sont très voisines. Si les quantités d'alcool ingérées, sont trop petites pour pouvoir doser l'alcool dans le sang des cobayes, la comparaison de la teneur en alcool des fœtus au foie maternel est instructive en ce sens que les chiffres sont à peu près identiques. On voit aussi, que, quelque petite que soit la dose d'alcool ingérée, elle est suffisante pour pouvoir faire apparaître l'alcool dans l'organisme fœtal. Chez la femme, il suffit de donner une heure avant l'acouchement une potion de Todd contenant 60 gr. de rhum correspondant en-

viron à 25 gr. d'alcool absolu pour voir apparaître au moment de l'accouchement dans le sang fœtal recueilli au cordon 0,037 d'alcool dans un cas et 0,0053 pour 100 de sang dans un autre cas.

Quant au passage de l'alcool dans le lait, il se fait avec la plus extrême facilité. Un quart d'heure après l'ingestion, on en trouve dans ce liquide. Le maximum de la teneur en alcool paraît être atteint trois quarts d'heure à une heure après l'ingestion. Souvent la quantité contenue dans le lait égale celle que contient le sang si la dose ingérée est élevée. En trois à quatre heures, l'alcool disparaît du lait. (*Presse médicale belge*).

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DE LA LYMPHANGITE DES ORGANES GÉNITAUX.

(LABADIE-LAGRAVE.)

La première indication du traitement est de rouvrir la voie fermée par l'inflammation ; la seconde est d'assurer l'antisepsie de l'utérus.

Commencer par faire l'antisepsie du vagin, ce que l'on obtient en pratiquant pendant deux ou trois jours des injections intra-vaginales avec la solution de sublimé au 1/2000.

L'antisepsie du vagin obtenue, on fait, avant d'opérer, une injection de la même solution, puis on introduit dans le col un hystéromètre, qui renseigne sur la direction l'utérus de déjà reconnue par le toucher, et indique le volume de la tige laminaire à introduire. Cette tige devra être antiseptique ; il est bon de la tremper dans une solution de sublimé à 1/1000.

Une fois la tige introduite, on fait un nouveau lavage vaginal, de façon à chasser les mucosités qui sont sorties de l'utérus ; et chaque opération est suivie d'un pansement méthodique de la cavité vaginale, soit avec de la gaze iodoformée, soit avec du coton hydrophile imbibé de solution de sublimé.

Le lendemain, on refait la même opération avec une tige plus volumineuse, car il importe de pouvoir pénétrer facilement dans la cavité utérine.

En prenant ces précautions, on n'a aucune complication à redouter ; il n'y a pas d'élévation de température, et ordinairement la dilatation est bien supportée ; elle détermine presque toujours une sécrétion abondante, et un écoulement de liquide purulent et sanguinolent. Il est bon, une fois la cavité utérine suffisamment dilatée, de faire un lavage avec une solution antiseptique. Cette irrigation utérine a l'avantage de nettoyer complètement la mu-

queuse en la dépouillant de ses mucosités adhérentes, quelle entraîne au dehors.

Le traitement sera complété par un tamponnement intra-utérin. On se sert pour cela de gaze iodoformée, découpée en bandelettes de 40 centimètres de long sur 2 de large. On imbibe cette gaze dans un mélange de glycérine créosotée au 1/3. Il est inutile d'abaisser le col pour introduire cette gaze dans la cavité utérine. On y arrive facilement sans cela. Cette traction sur le col dans le cas où l'utérus est fixé et déjà immobilisé par la cellulite pelvienne réveille la réaction péritonéale et provoque quelquefois des poussées phlegmasiques qu'il faut éviter.

Ces pansements renouvelés d'abord tous les quatre jours, sont continués de la sorte pendant deux ou trois semaines. Le repos absolu au lit est ordonné pendant toute la durée du traitement ; cependant cela n'est jamais observé.

La gaze iodoformée que l'on place dans l'utérus agit de deux façons : d'abord, en assurant à la façon d'un drain l'écoulement facile des mucosités, puis en mettant en contact les parois de la muqueuse utérine avec un liquide fortement antiseptique. La muqueuse n'étant plus en contact avec un liquide septique, revient peu à peu à son état normal ; et la trompe, si l'oblitération de ses deux orifices utérin et péritonéal n'est pas complète, bénéficie du même processus regressif et la guérison s'obtient complètement. Ce traitement réussit très bien dans le cas où les végétations sont peu nombreuses, où les anfractuosités de la muqueuse sont très petites.

Mais dans les cas de métrite chronique, avec villosités, papilles hypertrophiées, glandes flexueuses, il sera difficile que la gaze soit en contact bien intime avec toute la surface utérine ; il restera des anfractuosités où n'arrivera jamais ce corps antiseptique ; il y aura un mieux prononcé, même une guérison momentanée ; mais, au bout de quelque temps, de ces anfractuosités partiront de nouvelles colonies microbiennes qui amèneront une inflammation nouvelle de toute la muqueuse utérine. Dans ce cas, il est bon de pratiquer le curettage de l'utérus, d'une façon complète. On nivelle ainsi la paroi utérine en détruisant les fongosités. On aura soin de gratter très minutieusement les angles utérins pour débarrasser et ouvrir autant que possible l'orifice des trompes.

Enfin, le grattage terminé et les fongosités complètement évacuées par une injection intra-utérine très chaude, qui arrêtera en même temps l'hémorrhagie, on terminera par une cautérisation profonde de la surface cruentée avec la gaze iodoformée imbibée de glycérine créosotée. Ce traitement et le précédent donnent de très bon résultats, dans le cas où la trompe n'est pas complètement oblitérée, quand elle n'est encore que simplement congestionnée.

Mais dans le cas où les orifices de la trompe sont fermés, on ne peut avoir aucun succès ; on guérit bien la métrite, la lymphangite, mais la trompe reste toujours malade ; elle est séparée en quelque sorte de l'utérus par l'oblitération de l'orifice utérin ; elle est malade pour son propre compte. C'est dans ces cas que la laparotomie est indiquée, et encore ne devra-t-elle être pratiquée que dans les cas urgents, lorsqu'on se trouve en présence d'une énorme salpingite suppurée.

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE ET DE LA NEURASTHÉNIE PAR L'ISOLEMENT ET LA SUGGESTION A L'ETAT DE VEILLE

(Dr Font, de Barcelone.)

Tous ceux qui fréquentent l'hospice de la Salpêtrière peuvent se convaincre des heureux résultats qu'on obtient par cette méthode de traitement.

Il se passe, en effet, peu de jours sans que l'on voie un bon nombre de manifestations pathologiques appartenant au domaine de l'hystérie et de la neurasthénie cesser très rapidement sous l'influence de l'isolement et de la psychothérapie.

Parmi les nombreuses observations de ce genre recueillies aux consultations du Dr Déjerine, nous en citerons une qui suffit, à elle seule, à démontrer l'efficacité du traitement actuel de ces deux névroses.

Il s'agit d'une petite fille de 12 ans sans hérédité nerveuse, sans antécédents pathologiques d'aucune sorte.

Un matin, l'enfant se réveilla avec une contracture des membres inférieurs contre laquelle on usa toutes les ressources de la thérapeutique sans la moindre amélioration.

Au bout de 7 mois environ, la mère désespérée se décida à amener l'enfant à la Salpêtrière. A son entrée, la petite malade avait les membres inférieurs dans un état de contracture extrême ; on ne pouvait mieux les comparer qu'à deux jambes de bois , la contracture atteignait tous les muscles de ces membres, y compris ceux de la région fessière ; seuls les muscles propres du pied conservaient quelques légers mouvements ; on ne trouvait ni troubles de la sensibilité, ni troubles vaso-moteurs.

Un examen minutieux et prolongé ne fit découvrir aucun signe permettant de rattacher cette contracture à une lésion organique. D'ailleurs, sa brusque apparition éclairait le diagnostic ; seule l'hystérie fournissait une explication satisfaisante, et bien que la malade ne présentât aucun autre symptôme, ni aucun des stigmates qu'on trouve ordinairement dans cette névrose, le diagnostic fut établi d'hystérie monosymptomatique.

Le jour même de l'entrée de l'enfant, le traitement commença :

la petite malade fut soumise, avec le consentement de sa mère, à l'isolement absolu et à la suggestion ; on pratiqua celle-ci en lui affirmant : qu'elle ne reverrait plus ses parents tant qu'elle ne marcherait pas comme tout le monde.

Au bout de trois jours exactement, la jambe gauche retrouva presque entièrement ses mouvements ; la jambe gauche perdit de sa raideur et commença à se mouvoir.

Cette amélioration progressa avec une telle rapidité qu'au bout de 8 jours la malade marchait presque normalement, ayant réappris en quelques leçons la déambulation qu'elle avait oubliée pendant les 7 mois d'immobilisation forcée.

Cependant, il restait un peu de raideur des muscles pelvitrochantériens droits, qui faisaient légèrement boiter l'enfant ; et comme l'isolement avait été cessé trop hâtivement, cette raideur, échappant à sa bonne influence, resta stationnaire pendant quelques jours. Elle aurait probablement persisté indéfiniment, laissant ainsi pour l'avenir un point de départ favorable à une nouvelle éclosion hystérique, si l'on n'eut repris énergiquement la suggestion. — On annonça à l'enfant, d'une façon formelle, que si elle ne marchait pas immédiatement sans boiter, on l'enfermerai de nouveau dans la chambre noire.

Sur le moment, l'enfant ne parut pas émue par cette menace thérapeutique qu'elle considérait comme un châtiment injuste ; elle partit résignée, mais en arrivant à la porte du cabinet d'isolement, elle se retourna brusquement vers la surveillante qui la ramenait en lui disant : « Je vous promets que demain je marcherai bien. » En effet, le lendemain elle fut complètement guérie.

La rapidité du résultat thérapeutique obtenu par l'isolement et la suggestion à l'état de veille est un fait très remarquable non seulement dans l'observation que nous venons de rapporter, mais aussi dans tous les cas où cette thérapeutique a lieu d'être expliquée ; rarement on dépasse le délai de 3 ou 4 semaines pour obtenir la guérison ; dans le cas présent, huit jours ont suffi pour guérir presque totalement une contracture qui datait de sept mois.

L'isolement, pour qu'il rende de réels services, doit être absolu, c'est-à-dire, que le malade ne doit recevoir ni lettres ni visites, si ce n'est celle du médecin ; de plus, il ne faut pas le faire cesser d'une façon trop hâtive, car on risquerait de laisser quelques manifestations lui échapper qui favoriseraient un retour aux accidents initiaux.

La psychothérapie doit être menée d'une façon différente selon que l'on a affaire à des enfants ou à des adultes. Chez les premiers, c'est la suggestion d'autorité et de crainte ; c'est la thérapeutique du maître d'école, qui seule réussira. Agir par le raisonnement, c'est perdre son temps lorsqu'il s'agit des jeunes hystériques.

Chez certains adultes, on pourra encore se servir des mêmes

moyens que pour les enfants, mais, d'une façon générale, c'est surtout par la conviction et le raisonnement qu'on obtient de bons résultats ; il faudra donc gagner la confiance du malade et faire qu'il soit convaincu de sa curabilité et de l'efficacité des moyens qu'on va employer pour obtenir sa guérison.

Chez les neurasthéniques, on se servira *toujours* de la suggestion par le raisonnement. Ces malades raisonnent constamment avec eux-mêmes et allèguent continuellement des faits à l'appui de la maladie ou des multiples maladies dont ils se croient atteints ; il faudra donc prendre les mêmes raisons dont ils se servent, ou d'autres, pour leur prouver qu'ils guériront.

On ne traitera jamais un neurasthénique de malade imaginaire ; il faudra, au contraire, écouter le récit de ses souffrances et lui faire croire qu'on les tient pour réelles ; après quoi, le médecin devra s'efforcer de faire reprendre confiance en lui-même à son malade et de lui persuader qu'il peut guérir s'il le veut. Cette suggestion aura pour résultat de faire naître chez le neurasthénique une auto-suggestion qui, unie aux autres moyens thérapeutiques : repos, isolement, suralimentation, hydrothérapie, etc., amènera la complète guérison.

PÉDIATRIE

LA COQUELUCHE ET SON TRAITEMENT PAR L'AÉROTHÉRAPIE

Par le Docteur E. Govin,
Ex-Moniteur à la clinique Tarnier, Membre de la Société d'obstétrique de Paris, Membre de la Société obstétricale de France.

La coqueluche est actuellement considérée comme une maladie infectieuse de nature bacillaire, endémique, épidémique et contagieuse. Elle est caractérisée par un catarrhe léger des voies respiratoires, par des accès de toux quinteuse, suffocante, spasmodique, suivis d'une inspiration violente, « *Chant du Coq* » et provoquant le rejet de mucosités glaireuses, semblables à du blanc d'œuf cru.

Bien qu'aucun âge ne soit à l'abri de la coqueluche, elle est surtout fréquente chez les enfants de 2 à 6 ans. Le tableau symptomatique de la coqueluche offre une certaine fixité et des caractères assez tranchés pour permettre de distinguer cette maladie de toutes les autres. Pourtant, le diagnostic de la coqueluche présente quelquefois de réelles difficultés, et aujourd'hui encore, il n'est pas rare de voir dans les hôpitaux, des coquelucheux reçus, par erreur, dans les salles communes. Il est presque im-

possible, en effet, avant la période des quintes, d'affirmer l'existence de cette affection.

L'opiniâtreté de la toux n'est pas un caractère constant et, la période catarrhale prémonitoire, quoi qu'en dise Trousseau, n'offre rien d'absolument caractéristique. Cependant, quand on réfléchit combien la coqueluche fatigue les enfants, même quand elle est bénigne et d'une durée moyenne ; quand on songe que la maladie se transmet d'enfant malade à enfant sain, par contage direct ou indirect, on comprend immédiatement combien il serait important de savoir tout de suite si l'enfant que l'on vous amène a oui ou non la coqueluche ; car bien souvent le tousseur a un petit frère ou une petite sœur qui est encore au sein, et le public, comme le Médecin, n'ignore pas que la coqueluche est d'une gravité particulière chez les tout jeunes enfants. De là cette anxieuse insistance des mères auprès du médecin pour avoir une réponse précise dès que les enfants sont pris d'une toux violente qui, au lieu d'aller en décroissant, devient de plus en plus fréquente : « Est-ce un simple rhume, est-ce la coqueluche ? Répondez, Docteur. »

Malheureusement, à cette première période il n'est pas toujours facile de répondre catégoriquement à cette question, et, pour établir un diagnostic différentiel, il faut tenir compte de plusieurs signes.

D'abord c'est une toux sèche, courte, intermittente, saccadée, nocturne, accompagnée d'une sensation de titillation gutturale insupportable, ne présentant pas de signes stéthoscopiques en rapport avec sa violence. On peut rapprocher cette toux de la toux férine ; mais, en général, elle est moins sonore et ne s'accompagne pas, comme dans la rougeole, d'éternuements, de coryza, de larmoiements. Il faut aussi s'entourer de tous les renseignements relatifs au genre de vie de l'enfant, aux cas de coqueluche qui pourraient exister dans son entourage, à l'école, dans le quartier, dans la famille. On sait, en effet, que la notion de contagion permit un jour à Trousseau d'éviter une erreur : Une demoiselle soumise à son examen présentait une fièvre véhémente, une toux incessante, ne lui laissant de trêve ni jour ni nuit, et quelques râles ronflants dans la poitrine ; on pouvait songer à une phtisie aiguë, mais quand il sut que la jeune personne avait été voir son frère atteint de coqueluche, le Maître n'hésita pas à affirmer ce diagnostic.

Quoique l'appétit soit conservé, la langue est presque constamment saburrale et le mouvement fébrile est en général plus accentué, plus persistant que dans le rhume simple.

Noël Guéneau de Mussy a insisté sur la valeur d'une sorte

d'énanthème muqueux, d'aspect rouge chagriné ou granuleux, siégeant sur la luette, la partie interne des piliers antérieurs du voile du palais, l'isthme du gosier et le pharynx.

Cet érythème est facile à distinguer de la rougeur ardente de la scarlatine, du pointillé de la rougeole, de l'aspect vernissé de l'érysipèle du pharynx, de la rougeur saumonée de la muqueuse buccale et de la voûte palatine signalée au début des oreillons.

Enfin aux symptômes précédents, il convient d'ajouter les plaintes poussées pendant le sommeil, une sorte de gémissement qui accuse le malaise inspiratoire. Guéneau de Mussy rattache ce dernier symptôme à l'adénopathie trachéo-bronchique due à l'engorgement des ganglions qu'il a toujours rencontré à des degrés divers et auquel il fait jouer le principal rôle dans la pathogénie de la toux convulsive.

La durée moyenne de la première période de la coqueluche est de huit à quinze jours. Alors apparaît le phénomène dominant de la seconde période, la quinte convulsive considérée comme signe essentiel et caractéristique de la maladie. Toutefois, il ne faut pas oublier que semblable toux quinteuse peut se rencontrer dans d'autres affections thoraciques s'accompagnant d'adénopathie trachéo-bronchique : notamment dans la tuberculose pulmonaire, dans certains anévrysmes de l'aorte, dans les tumeurs du médiastin, etc.

Nul n'a égalé Trousseau dans la description de la quinte et le saisissant tableau qu'il en a laissé, grâce aux merveilleuses ressources de son style inimitable, est dans toutes les mémoires. Sifflement inspiratoire succédant aux secousses expiratoires, rejet d'un liquide glaireux et filant, tel est en somme la véritable caractéristique de la quinte de coqueluche. Nous ne parlerons pas ici des variétés d'accès, des causes qui les font naître, de leur nombre, de leur terminaison et nous arriverons de suite au point qui est d'un réel intérêt pratique :

Les complications de la Coqueluche. — Par elle-même la coqueluche n'est pas grave, mais trop souvent, hélas ! elle le devient par ses complications dont plusieurs peuvent devenir des causes de mort ; car on meurt de la coqueluche, assez rarement sans doute pour ne pas trop assombrir les statistiques, mais assez souvent pourtant pour imposer au praticien le devoir de se montrer réservé dans son pronostic.

A quoi sont dues ces complications ? à des infections secondaires, à des troubles nerveux, à des troubles de nutrition, à de conséquences mécaniques de la toux.

Assurément la pneumonie lobulaire, la bronchite capillaire, la congestion pulmonaire sont les causes les plus fréquentes de la mort dans la coqueluche, et, on sait aujourd'hui que ces phlegmasies sont attribuables aux pneumocoques, aux streptocoques, aux staphylocoques dorés, microbes pathogènes qui proviennent de la bouche ou de l'air et qui viennent infecter les voies respiratoires.

Mais, outre ces complications aiguës, il faut encore redouter le développement à échéance plus lointaine de la tuberculose pulmonaire. La rougeole et la coqueluche, disait Willis, voilà les deux *Vestibula tabis*.

C'est aux complications de l'élément nerveux que sont imputables les cas de mort subite.

Ducastel, en 1872, dans sa thèse inaugurale, a cité plusieurs exemples de morts rapides après des accès de coqueluche, et nous-mêmes récemment avons pu personnellement en observer un cas en ville.

M. Ducastel attribue ces cas de mort, les uns à un arrêt du cœur, les autres à un état comateux symptomatique d'une hémorrhagie méningée, ou à un véritable spasme de la glotte avec tétanos des muscles expirateurs.

Huchard dit avoir constaté par la percussion l'augmentation du volume du cœur pendant et après les accès de toux.

Aux complications de l'élément mécanique ressortissent les vomissements incoercibles qui succèdent à chaque quinte et viennent mettre obstacle à l'alimentation. Si les quintes deviennent très fréquentes, elles peuvent entraver la nutrition et amener la cachexie par inanition avec toutes ses conséquences : Entérite, diarrhée, etc.

D'après Rilliet et Barthez, l'emphysème intra-lobulaire serait très rare. Ròger, cependant, a cité un cas où la mort a été la conséquence d'un emphysème interlobulaire, puis sous-cutané généralisé. Il en est de même du pneumo-thorax qui a été vu cependant.

Pour être complet, il nous faudrait parler encore de la dilatation des bronches, de la rupture du tympan, des hernies, des ulcérations sub-linguales, etc. Nous ne pousserons pourtant point plus avant cette étude, ayant eu simplement pour but de signaler et d'étudier les complications qui peuvent mettre la vie en danger. Un simple mot maintenant sur le pronostic.

Envisagé d'une façon générale, il est bénin d'ordinaire ; mais il devient grave lorsque le nombre des quintes dépasse quarante et fatal au delà de soixante. Il ne faut pas oublier non plus que

EDIC

l'existence des complications que nous avons citées ; l'âge (avant six mois l'enfant est bien compromis) ; enfin l'état antérieur (rougeole, scrofule, tuberculose à laquelle la coqueluche viendra donner un coup de fouet) sont autant de causes qui viennent assombrir le pronostic.

L'arsenal thérapeutique fournit au praticien un choix très riche et très varié d'armes destinées à combattre le catarrhe et le spasme, à donner du repos au malade, à atténuer la violence et la fréquence de ses quintes, à prévenir enfin les complications.

Pétrole, quinine, essence de térébenthine, acide sulfureux, antipyrine, sulfhydral, café torréfié, atropine, belladone, valériane, bromure, choral, chloroforme, éther, bromoforme, oxymel scillitique, etc., sont autant de moyens qui répondent à des indications différentes.

Mais le médecin sait, par expérience, combien ces armes sont infidèles et combien elles s'émoussent vite lorsqu'elles réussissent.

De là son embarras quand il est appelé en clientèle à instituer le traitement de la coqueluche. Que faire ? qu'ordonner pour parer aux complications et ramener le plus vite possible à la santé définitive l'enfant que cette maladie ébranle si souvent d'une façon sérieuse.

Détruire directement le bacille pathogène à l'aide d'une antitoxine souveraine d'un vaccin spécifique, d'un sérum incomparable serait l'idéal mais, hélas ! ce spécifique reste encore à trouver comme le bacille lui-même. Sans doute il y a longtemps déjà que l'on soupçonne la nature parasitaire de cette maladie ; mais malgré l'intérêt qui s'attache aux travaux de Poulet, de Letzerich, d'Hallier, de Burger, d'Afanassiew, de Wendt, de Deichler, on ne tient pas le microbe, on ignore en quel point des voies respiratoires il siège, on ne sait pas comment il agit pour provoquer la toux convulsive.

Or, quand on est incertain de la pathogénie d'une maladie, on manque de bases solides pour instituer et faire exécuter énergiquement le traitement.

Nous avouons donc sincèrement que, dans la connaissance de la nature de cette maladie, nous ne sommes guère jusqu'ici beaucoup plus avancés qu'autrefois et que nous ne possédons aucun moyen infaillible d'en abréger notablement la durée ! Aussi le public se croit-il, plus que jamais, le droit d'essayer à tort et à travers tous les remèdes secrets ou connus signalés à la quatrième page des journaux, dans la loge de la concierge comme au five-o'clock tea de Madame une telle.

Parmi tous ces remèdes il y en a d'inoffensifs ; mais quelques-uns ne le sont pas, et, Legendre a rapporté le cas d'un enfant qui faillit être empoisonné par une dose excessive de chanvre indien contenu dans une spécialité en vogue.

Si la bactériologie n'a pas encore dit son dernier mot sur la nature même du bacille, la découverte du micro-organisme a eu cependant pour conséquence immédiate la recherche active et fiévreuse du remède radical qui jusqu'ici malheureusement a été un mort-né (*Sérum de Kélaïdites*).

Les moyens thérapeutiques connus à notre époque sont entièrement impuissants contre la coqueluche et son évolution.

Toutes les panacées plus ou moins vantées, plus ou moins fameuses ont passé comme un brillant météore qui n'a laissé après lui que la nuit et l'amertume de la déception.

Voilà ce que démontre l'expérience de chaque jour.

Mais alors, que nous reste-t-il ? et désormais quel traitement de la coqueluche instituer et mettre en vigueur ?

Etant donné actuellement les doctrines pasteuriennes, les efforts des thérapeutes doivent tous converger vers le même but : *Combattre le bacille pathogène, par une thérapeutique rationnelle qui atténue sa virulence et l'anéantisse peu à peu.* Livrer assaut à l'ennemi et le déloger le plus promptement possible des positions qu'il occupe, telle doit être la tactique adoptée contre la coqueluche. La guerre au microbe par l'action de présence directe des agents bactéricides les plus éprouvés, autrement dit *asepsie* et *antisepsie* locale des voies respiratoires, tel est en deux mots le traitement rationnel et idéal de la coqueluche, car : *sublatâ causâ tollitur effectus.*

Dans l'espèce, ces deux moyens si puissants sont-ils pratiquement possibles ? Oui, puisque nous avons un agent capable de réaliser ces deux états curateurs, l'*asepsie* et l'*antisepsie* des voies respiratoires.

Cet agent, c'est l'*air chimiquement pur et ozonisé.*

L'air chimiquement pur, dit Cochy de Moncan, dans sa thèse sur l'aérothérapie, « *est un parfait aseptique. Il peut être quelque chose de plus, c'est-à dire un antiseptique très précieux, s'il renferme des éléments dont le pouvoir oxydant et microbicide est aujourd'hui démontré, nous voulons parler de l'ozone, état allotropique de l'oxygène, et, des essences résineuses balsamiques et aromatiques que la flore de certains pays répand dans l'atmosphère.* »

Or au moyen des ingénieux appareils construits, il y a plusieurs années déjà, par notre regretté et très distingué confrère

H. Huguet (de Vars), il nous est possible et nous pouvons actuellement introduire directement dans les voies respiratoires cet agent curateur, *cet air chimiquement pur ozonisé* et chargé, suivant les cas, de substances balsamiques et médicamenteuses.

La médication directe et locale est donc possible, et c'est à elle présentement que doivent s'adresser les médecins jusqu'au jour où le spécifique tant recherché viendra rendre les services qu'on est en droit d'attendre de lui.

Pour notre part, nous avons déjà mis plusieurs fois à contribution ce traitement de l'aérothérapie dans la coqueluche, et les bienfaits curatifs que nous en avons retirés ont été tellement surprenants, que nous croyons rendre quelque service aux praticiens en leur rapportant brièvement les résultats de nos expériences.

Ces expériences ont été faites à l'Etablissement aérothérapique de la rue de Londres, 27, où nous avions pu, grâce à l'extrême obligeance de Messieurs Huguet fils, disposer des ingénieux appareils construits par leur regretté Père.

Neuf coquelucheux ont été soumis au traitement. Les séances ont été d'une heure par jour et chaque fois ils ont respiré de l'*air pur ozonisé chargé d'acide phénique, d'Eucalyptus et de Benjoin.*

Voici leurs observations :

Mlle M. C., âgée de 5 ans, a été opérée en avril 1898 pour des végétations adénoïdes (excision des amygdales).

Cette enfant a la coqueluche depuis 2 mois.

Une bronchite légère a précédé cette coqueluche.

Pendant le premier mois, elle a une moyenne de 12 à 15 quintes par jour avec vomissements alimentaires et saignements de nez abondants. A la cinquième semaine, rémission des phénomènes coquelucheux ; mais à la sixième, reprise des quintes avec fréquence et violence.

Depuis 8 jours les vomissements alimentaires et les saignements de nez sont devenus inquiétants, et un amaigrissement rapide se produisant chez l'enfant, je fus demandé en consultation le 9 mai 1899 ; constatant, d'une part, le mauvais état général de l'enfant, et voyant que le traitement prescrit jusqu'ici (Bromure, antipyrine, codéine, bromoforme) n'a donné aucun résultat favorable, je fis supprimer tout l'arsenal pharmaceutique et conseillai les *Inhalations d'air pur ozonisé chargé d'acide phénique, d'Eucalyptus et de Benjoin.*

Dès la première séance : Suppression des vomissements alimentaires. La nuit qui suit la troisième inhalation est très bonne ; les quintes n'atteignent plus qu'une moyenne de 8 par jour et l'enfant se réveille ayant faim. Le 20 mai, les quintes sont diminuées à 5 par 24 heures et sont d'une intensité bien moindre ; sommeil excellent. Du 20 au 24, une seule quinte par jour.

A dater du 24, les quintes cessent complètement, l'état général est

très bon et l'enfant, complètement guérie après 17 inhalations, cesse le traitement le 29 mai.

Nous avons revu depuis plusieurs fois cette enfant et nous avons été heureux de constater que sa guérison s'était maintenue bien qu'en quittant l'Etablissement elle ait été passer un mois dans un pays où régnait la coqueluche.

M. F. C., âgé de 6 ans et demi, a eu, antérieurement, une laryngite et des végétations adénoïdes. Ces végétations ont été enlevées, comme celles de sa sœur, en avril 1898. Il a la coqueluche depuis 2 mois et demi, mais n'a jamais eu plus de 6 à 8 quintes par jour pendant le premier mois. A la cinquième semaine, diminution des phénomènes coquelucheux ; mais à la sixième, reprise des quintes, surtout la nuit, malgré le traitement médical institué. Il commence le traitement par les inhalations le mardi 9 mai.

Dès la première séance, amélioration se traduisant par la diminution des quintes pendant la nuit. Le 18 mai, l'enfant n'a plus de quintes ; le sommeil est complet la nuit, l'appétit régulier, le facies rosé. Il cesse tout traitement le samedi 29 mai et part complètement guéri après onze inhalations.

La guérison s'est maintenue, bien que l'enfant fût placé dans les mêmes conditions que sa sœur au milieu d'un pays infecté par la coqueluche.

Mlle G. R., âgée de 5 ans et demi, nous consulte le 11 janvier 1899.

Depuis le 3 janvier elle présente tous les caractères symptomatiques de la coqueluche. Les quintes atteignent une moyenne de 30 en 24 heures. Elle commence le traitement le 11 janvier et respire pendant une heure de l'air ozonisé chargé d'acide phénique, d'Eucalyptus et de Benjoin.

Dans la journée suivante elle n'a que 16 quintes.

Le 13 et le 17 : 7 quintes.

Le 15 et le 16, il n'y a que 6 quintes.

Le 17, on n'en observe que 5.

Du 17 au 23 janvier, les quintes se maintiennent à 4 en 24 heures.

Le 25, il n'y a plus eu de quintes, la malade cesse le traitement.

La malade est revue le 26 février, c'est-à-dire un mois après, son état général est bon ; l'enfant n'a plus toussé.

Le jeune L., âgé de 6 ans, tousse depuis le 11 juin 1899, et le 15 juin la toux caractéristique de la coqueluche avec reprises pénibles commence à apparaître. Les nuits sont mauvaises, l'enfant est réveillé par des quintes nombreuses, cinq par nuit, de 10 heures du soir à 6 heures du matin. Une quarantaine de quintes par jour et 3 à 4 vomissements. Le petit malade est très fatigué.

Le 15 juin, le malade commence à l'Etablissement les inhalations d'air pur ozonisé chargé d'acide phénique, d'Eucalyptus et de Benjoin, et dès la première inhalation la nuit est meilleure. Le nombre des quintes a diminué.

Le 20 juin, outre les inhalations, nous conseillons l'emploi d'un vomitif à l'Ipéca. A partir de ce moment, une amélioration, chaque jour plus accentuée, se produit, et le 1er juillet il n'y a plus que cinq quintes par jour, et les vomissements ont complètement cessé.

Le petit malade continue ses inhalations jusqu'au 7 juillet. Il quitte alors l'Etablissement, ne toussant qu'à peine et sans quintes.

Mlle S., 11 ans, très délicate, sujette à de fréquents rhumes, contracte la coqueluche avec 30 quintes par 24 heures. Le sommeil était supprimé et l'alimentation très difficile.

Dès la première inhalation, les quintes ne se présentèrent plus que 15 fois dans les 24 heures.

Après la troisième séance, il n'y avait plus que 3 quintes en 24 heures, et après la dixième, une seule quinte par jour.

Après 20 inhalations, la petite malade était complètement guérie, ne toussait plus et put faire sa première communion, qu'on avait craint d'être obligé d'ajourner.

Le frère de la précédente, atteint également de coqueluche, ne fit que quelques inhalations ; ses quintes diminuèrent aussitôt de fréquence et d'intensité : après cinq séances, il ne toussait plus qu'une fois en 24 heures.

Monsieur G., homme de 28 ans, est atteint de coqueluche depuis 4 mois. Malgré les traitements les mieux institués, il a encore, au moment où nous le voyons, 10 quintes par jour, dont 4 ou 5 le matin.

Il commence son traitement le 24 mai ; à partir de la troisième inhalation, la toux du matin a disparu, les quintes ne se présentent plus que 4 fois en 24 heures. Après la dixième inhalation, il fut considéré comme guéri. Depuis, sa guérison s'est bien maintenue, et la toux a complètement cessé.

Enfants C. — Le plus âgé, né en 1890, est sujet à des toux fréquentes: il a eu une pneumonie double en 1893 et une autre en 1894, et, depuis ce temps, il a continué à tousser.

Aujourd'hui 8 juillet, il a des quintes avérées de coqueluche, qui ont débuté il y a 8 jours. Les quintes sont au nombre de 10 à 12 par jour ; déjà on remarque l'ulcération caractéristique du frein de la langue. Après la cinquième inhalation, l'enfant ne présente plus qu'une quinte en 24 heures ; après onze inhalations, le petit malade, parfaitement guéri, part à la campagne. L'ulcération du frein de la langue a disparu.

Le plus jeune, né en 1893, tousse depuis 8 jours, il a des quintes caractérisées depuis 4 jours, au nombre de 30 à 35 par jour. L'ulcération du frein de la langue est très prononcée. Il est abattu, vomit presque tous les aliments ; il prend sa première inhalation le 8 juillet, à 11 heures. Le lendemain, à la même heure, il n'a eu que 5 quintes et n'a vomi qu'une seule fois ; il a pu dormir un peu. Pendant la seconde inhalation, il est pris d'une quinte peu intense. Les accès se maintiennent au nombre de 3 à 4 jusqu'à la cinquième inhalation.

A la huitième, il n'y en a plus qu'un par jour, et à la onzième la malade ne tousse plus. Il part à la campagne et, comme chez son frère l'ulcération du frein de la langue a complètement disparu.

Dans ces neuf observations ce qui frappe tout d'abord ; c'est *la brusque diminution des quintes dès les premières inhalations, la cessation des vomissements alimentaires et le réveil de l'appétit* ; puis la rapidité avec laquelle on arrive à la guérison définitive. L'*asepsie* et l'*antisepsie locale* ont donc bien dans la coqueluche, comme nous le disions, une action absolument efficace tout à la fois curative et prophylactique.

Au traitement local, on ne doit naturellement pas oublier d'adjoindre le traitement hygiénique, qui comprend en premier lieu l'usage des vêtements chauds ou légers, suivant la saison. De plus le coquelucheux doit *vivre à l'air libre*, à moins de complications broncho-pulmonaires, qu'on évite presque toujours par le traitement aérothérapique. Enfin, chez lui, l'enfant doit habiter une chambre largement aérée et ensoleillée où la température soit constante et douce.

Tels sont, à grands traits, les caractères généraux de la coqueluche et les principales indications de son traitement.

J'espère avoir formulé aussi nettement que possible les symptômes qui doivent guider le médecin dans la recherche du diagnostic, les idées qui doivent le diriger dans la réglementation de la cure. Je serai heureux si j'ai pu convaincre mes lecteurs de la possibilité, malgré l'absence de sérum spécifique, de la guérison rapide de la coqueluche par un traitement local qui se résume en deux mots : *asepsie* et *antisepsie*.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier Messieurs Huguet fils, de leur complaisance et du soin qu'ils ont apportés à faire suivre exactement à nos petits malades le traitement que nous avions indiqué.

VARIÉTÉS

—

LES CAUSERIES DE LUCINE

Ejaculations cérébrales.

Dans toute œuvre qui plait à l'homme, cherchez la main de la femme.

*
* *

L'art de se faire aimer chez la femme, est l'art de se faire désirer : voyez article coquetterie !

*
* *

L'homme est un être de sensation, et la femme un être de sentiment.

*
* *

Le cœur et la raison sont deux ennemis ; le premier domine chez la femme et le second chez l'homme.

*
* *

La nature a créé l'amour pour la reproduction ; la femme s'en sert pour dominer et l'homme pour passer le temps.

*
* *

Les femmes, singulière denrée, les bonnes se donnent, les mauvaises se vendent.

*
* *

Dans le cerveau de la femme la plus parfaite il y a une circonvolution réservée à la coquetterie.

*
* *

Rien n'est plus décevant que la recherche du bonheur, et rien n'est plus fatigant que la recherche du vrai repos.

*
* *

Le bonheur en amour consiste à n'attendre de la femme, comme de la vie, que ce qu'elle peut donner.

*
* *

On fête l'homme à sa naissance et on le pleure à sa mort ; le contraire serait le plus souvent préférable.

*
* *

La femme qui aime, est un être qui éprouve le besoin instinctif d'être fécondée.

*
* *

Pour l'ambitieuse, la maternité est un moyen d'asservir l'homme.

*
* *

En étudiant le regard d'une femme on peut deviner tout son caractère.

*
* *

La coquetterie est à la femme ce que la force est à l'homme, ce que la fidélité est au chien, ce que la caresse est au chat.

*
* *

Derrière toute grande action il y a une idée de folie, d'ambition ou d'amour.

*
* *

La femme aime le gazouillement de l'amour ; l'homme en préfère le chant.

*
* *

La femme est diplomate par goût et l'homme par vanité.

*
* *

A vingt ans la femme cherche dans le mariage la liberté, à trente ans l'amour, à quarante ans l'affection, à cinquante ans la protection.

*
* *

Une femme prend un confesseur pour tranquilliser sa conscience et un médecin pour imposer à son mari ses mille volontés.

*
* *

Pour l'ambitieuse les plaisirs des sens ne sont qu'un hameçon, destiné à prendre l'homme.

*
* *

Le timide est effrayé avant le danger, le poltron pendant, le courageux alors qu'il est passé.

*
* *

La propreté est au corps ce que la chasteté est à l'esprit.

*
* *

La femme vit d'amour et l'homme de science.

*
* *

La femme préfère dans son médecin la compassion à la science. Avis aux gynécologues qui visent le succès.

LE PARNASSE HIPPOCRATIQUE

Les trente conditions de la beauté féminine ou les trente beautés de la femme, par Franciscus Corniger, vieil auteur latin, presque inconnu.

A la femme qui veut une beauté complète,
Trente choses il faut que son miroir reflète.
C'est ainsi que l'on dit Hélène avoir été
Quand les Grecs la virent dans son splendide été.
Occupons-nous d'abord de l'aimable couleur :
Trois blanches, trois noires et trois couleurs de roses.
Ensuite nous verrons qu'il faut pour la longueur
A la femme parfaite, aussi trois longues choses,
Trois courtes, trois encore d'un charmant embonpoint,
Et trois autres aussi doivent n'en avoir point.
Enfin, pour terminer cette nomenclature,
On en demande trois d'une étroite structure,
Et trois autres enfin opposant leur ampleur,
Leurs charmes séduisants, leur aimable rondeur,
Et ce je ne sais quoi tout rempli de promesses,
Aux trois autres restants et dont la petitesse

Attirant les regards complète la beauté
Qui, sans ces trente dons n'eût jamais existé.
Il faut forcer l'Esprit que la pudeur assiège.
Commençons par ces trois à la blancheur de neige:
Ce sont les dents, la peau, son duvet si soyeux.
Les sourcils seront noirs et noirs seront les yeux.
Et noir aussi cet antre où l'on dit que l'amour,
Entouré par les ris, a fixé son séjour.
Seront rouges les lèvres, les ongles et la joue,
Où l'aimable pudeur apparaît et se joue.
Les cheveux seront longs et le corps allongé,
Et longue aussi la main, au poignet prolongé.
L'oreille et le pied courts, courtes les dents d'albâtre,
Mais large la poitrine et la hanche folâtre.
Large aussi la distance entre les deux sourcils.
Très étroite la bouche où se montrent les ris,
Mais plus étroite encore pour notre âme ravie
Celle où chacun de nous donne et puise la vie (1).
Que le corps aminci, par les liens serré
Offre une taille fine à l'œil qu'il a charmé.
Que les cuisses, l'endroit d'une honteuse ivresse,
Offrent avec la vulve une aimable mollesse.
Que les doigts soient très fins et très fins les cheveux.
Très fines les lèvres de la vierge aux doux yeux.
Enfin, pour compléter ce trop parfait modèle,
Que petits soient le nez, la tête et la mamelle.

Pour copie conforme au texte,
Dr E. Bissieu.

Voici, pour les érudits, le texte de F. Corniger :

Triginta hœc habeat quæ vult formoso vide
Fœmina. Sic Hebenom foma fuisse refert.
Albatria et totidem nigra et tria rubra puellæ
Très habent longas res, todidemque breves
Tres crassas, totidem graciles, tria stricta, tot ampla
Sint itidem huic formæ, sint quoque parva tria
Alba cutis, nivei dentes, albique capilli
Nigri oculis, cunnus, nigra supercilia
Lobia, genæ, atque ungues rubri. Sit corpore longo
Et longis crines, sit quoque longa manus.
Sintque breves dentes, auris, pes. Pectora lata
Et clunas, distent ipsa supercilia

(1) Brantome faisant allusion à ces deux organes dont la position et l'orientation sont si différentes, les appelle aussi « l'une et l'autre bouche ».

(Note du traducteur.)

Cunnus et os strictum, cingunt ubi cingula, stricta ?
Sint coxæ et culus, vulvoque turgidula
Subtiles digiti, crines et labra puellæ
Parvus sit nasus, parvas mamilla, caput

Franciscus Corniger.

HISTOIRE D'UN ACCOUCHEMENT EN CHEMIN DE FER.

C'était vers le mois de novembre de 1882 ou 83, sur la ligne de Paris à Granville. J'étais alors à une campagne que je possède encore auprès de Verneuil, le même Verneuil-sur-Avre dont nous avons capté les sources.

Et je me disposais à rentrer à Paris en prenant le train de la soirée qui passe à Verneuil à 6 h. 35 pour arriver à Paris réglementairement à 10 h. 1/4, mais qui n'y arrive en réalité qu'à 11 h. L'exactitude d'aujourd'hui n'est pas différente de celle d'hier. Plus ça va, plus c'est la même chose.

J'avais fait chez mon garde un excellent déjeuner et pour me laisser encore un souvenir de son hospitalité, sa digne femme m'avait contraint à emporter un énorme chausson aux pommes, bien ficelé avec un cordonnet de chanvre rouge.

J'avais à la bouche un excellent cigare que je savourais avec délices, quand à peine apparu sur le quai, le chef de gare se précipite vers moi en me disant que c'est la Providence qui m'amène, qu'il est dans un grand embarras et que seul je puis l'en tirer. Il m'explique alors qu'il vient de recevoir une dépêche de son collègue de l'Aigle lui donnant avis qu'il y avait une personne très malade dans le train, une dame avec un enfant, et qu'il me supplie de monter dans son compartiment. Je pensais qu'il se figurait peut-être que j'étais encore médecin de la Compagnie et que j'étais obligé d'obtempérer à son désir. Je lui en fis la douce observation. Oh ! je sais bien, dit-il, que vous n'appartenez plus à la Compagnie et depuis longtemps. Hélas, si vous saviez comme on vous regrette ; mais vous êtes si bon, que vous ne pouvez me refuser. Effectivement, je ne pouvais pas. Je jetai donc mon bon cigare, avec un soupir de regret et, accompagné de mon sac de nuit et de mon chausson aux pommes avec sa ficelle, je montai dans le compartiment où était cette dame seule avec son fils, un garçonnet de 8 à 9 ans. D'un seul coup d'œil je jugeai que la situation n'était pas bien grave ; mais je restai ahuri quand mes yeux, quittant le visage de cette dame, s'abaissèrent jusqu'à sa ceinture.

Le doute n'était pas possible, elle était grosse, peut-être à terme. Du reste, je ne pouvais rester longtemps perplexe, car une douleur survint suivie et accompagnée des gémissements que vous connaissez et pour que la situation fût aussi intéressante que possible, le

garçonnet de 8 à 9 ans, entendant crier sa mère, se mit à l'imiter en poussant des cris de désespoir à fendre l'âme. J'étais bien, et mon voyage allait être agréable! « Mais, madame, lui dis-je, je croyais que vous n'aviez besoin que d'une consultation et je vois au contraire qu'il s'agit de toute autre chose, vous êtes grosse et peut-être allez-vous accoucher avant votre arrivée à Paris. — Ah, monsieur, c'est toute ma peur. Ne pourriez-vous pas retarder ce moment-là ?» C'était tout le contraire de ce que l'on entend ordinairement: les femmes veulent toujours être débarrassées le plus promptement possible — désir bien naturel en pareil cas, comme il était non moins naturel, dans le cas présent, de désirer le contraire. — « Madame, lui dis-je, il m'est impossible de vous donner cette illusion. En ville j'aurais peut-être pu essayer quelque chose, mais ici, en chemin de fer, je manque de tout. Mais comment, sachant votre position, vous êtes-vous exposée à ce contre-temps. — Oh ! monsieur j'étais encore ce matin à Saint-Malo quand je reçus la nouvelle que mon vieux père qui habite Paris, venait d'avoir une attaque d'apoplexie et qu'il désirait me voir. Vous comprenez, monsieur, que je n'ai pas hésité, d'autant plus, qu'à mon avis je ne devrais accoucher que dans quinze jours au moins — oh mon Dieu !! (ici une autre douleur plus forte que la première). — Madame, voulez-vous me permettre de me rendre compte de votre état. — Mais certainement, monsieur.

Je me mets donc à genoux devant cette dame que j'avais fait lever et je pratique le toucher. A ce moment, la douleur plus vive fait pousser des cris plus perçants à la parturiente et tout à coup, je me sens accablé de coups de pied dans le dos et de coups de poing sur la tête que je ne pouvais parer, puisque j'étais à genoux, ma main gauche appuyée par terre et ma droite à l'endroit que vous savez.— Cependant, j'abrégeai mon investigation pour me mettre en cas de légitime défense. C'était le garçonnet, qui, malgré ma position respectueuse devant sa mère, s'imaginait que c'était moi qui la faisais crier et ce brave petit cœur intervenait à sa manière. — Je repousse dans son coin mon jeune agresseur, tandis que sa mère lui ordonne sévèrement de regarder par la portière et de n'en pas bouger. Notre entretien recommence. « Eh bien, monsieur ?—Eh bien, madame, selon toute prévision, vous accoucherez avant d'arriver a Paris — et même, je dois vous dire que cela ne sera pas long et qu'avant une heure — mais il nous faut encore trois heures pour arriver à Paris ! » Et la dame de se désespérer, jamais personne n'a eu un pareil malheur, ah ! si elle avait su. « Madame, vous êtes encore heureuse dans votre malheur, car permettez-moi de vous faire savoir que je suis un médecin-accoucheur et que par conséquent vous allez avoir tous les soins qu'il me sera possible de vous donner avec la pénurie de moyens dont nous disposons. Et d'abord, il faut nous préparer. Etendez-vous sur cette banquette, tandis qu'à la prochaine station, je demanderai au chef de gare de prier une dame de nous prêter

son aide. Nous touchions alors à Dreux. J'appelle le chef de gare et lui raconte brièvement ce dont il s'agit et ce que j'attends de lui. Très complaisant, il va de wagon en wagon, jusqu'à ce qu'enfin il trouve une dame de bonne volonté. Cette dame se présente, mais en voyant la parturiente dans la position obstétricale, émue par ses plaintes et effrayée des criailleries incessantes du garçonnet, elle se retire précipitamment en s'écriant : « Je ne pourrai jamais, je ne pourrai jamais. » — Le chef de gare avait bien l'air de vouloir aussi s'esquiver ; mais j'insiste, et avec tant de véhémence, qu'il recommence son petit voyage de wagon en wagon et qu'enfin il me ramena une dame au visage énergique, qui certainement — l'hypothèse est peut-être hasardée — n'avait pas froid aux yeux et devait dans son temps avoir vu le danger ! En deux mots je lui dis de se préparer, et je lui indique son rôle. Mais je n'avais pas ma trousse sur moi, pas de ciseaux, pas de fil. — A Houdan, je fais encore appeler le chef de gare, lui explique la chose et qu'il me faut des ciseaux et du fil. — Il me rapporte l'un et l'autre. Et le train de se remettre en marche. « Mais avec quoi, me dit mon aide féminin, ou plutôt dans quoi allons-nous envelopper le bébé ? — Prenez mon schall, dit la mère. — Mais du linge, il nous en faut et nous n'en avons pas. — Eh bien, on s'en passera. — Et nos mouchoirs donc ? » Et le train marchait toujours ; nous venions de passer Plaisir-Grignon, quand un formidable cri m'annonce le moment solennel. Je me précipite et je reçois un magnifique poupon du sexe masculin, qui se met à crier en venant au monde. Epouvanté d'entendre des cris absolument inconnus et de voir un nouveau venu, le garçon de 9 ans demeure stupide et se tait ; mais je le retourne avec énergie vers la portière qu'il avait quittée, car je voyais un commencement d'hémorrhagie chez la parturiente et je ne trouvais pas mon fil, malgré la précaution que j'avais eu de le fixer à ma boutonnière. C'est alors que je me souvins du chausson aux pommes dont le fil rouge attirait mes yeux à travers le filet des bagages. J'y donne prestement un coup de ciseaux. Je lie le cordon et transmets l'intrus à la bonne dame qui n'avait pas froid aux yeux et qui l'entoure aussitôt en guise de langes, dans le schall maternel.

Je procède à la délivrance ; tout se passe très bien. J'adresse à la mère quelques paroles de réconfort, donne un premier regard au bébé et un second à mon placenta. Où le fourrer ? qu'en faire ? Nous entrons en gare de Saint-Cyr avec un retard de 3/4 d'heure. C'était donc un Saint-Cyrien que je venais d'aider à entrer dans la vie. Je demande le chef de gare pour lui faire ma déclaration de naissance comme la loi m'y oblige. Ce chef de gare ne ressemblait pas aux autres. Etait-ce le retard du train qui l'indisposait ? toujours est-il qu'il était comme on dit d'une humeur de chien. Je crus devoir prendre mon grand air. « M. le chef de gare, je viens d'aider madame à mettre au jour ce nouveau-né. Je crois de mon devoir de vous en donner avis. — Vous feriez mieux, monsieur, de me laisser tranquille. — Comment, monsieur, vous refusez d'entendre ma dé-

claration. — Je vous dis que vous avez une heure de retard et que vous me laissiez tranquille. — Mais la loi? —Vous ferez votre déclaration à Paris.

Alors, lui montrant le délivre que j'avais enveloppé tant bien que mal, mais plutôt mal, dans la feuille de journal du chausson aux pommes. « Et ceci, M. le chef de gare, que faut-il en faire ? » — Le chef de gare, de plus en plus furieux : « Faites-en ce que vous voudrez, mais f..... moi la paix. Je m'en f... » Et il donne le signal du départ. Le train se remet en marche, avec la lenteur accoutumée. Je saisis alors le placenta et d'un bras vigoureux je le lance par la portière, en me disant in petto: moi aussi je m'en f...

Or, c'est ici qu'il se passe quelque chose d'épique. J'affirme que lorsque je lançai mon placenta par la vitre de la portière abaissée, il n'y avait devant moi, sur la voie, absolument personne, personne, entendez-vous bien.— Mais voilà que, par suite de la progression accélérée du train, au moment où le placenta quittait ma main et passait par la portière avec une bonne vitesse initiale, il se trouva que sur la voie, il y avait un planton avec sa lanterne, qui le reçut en pleine figure, et comme il n'avait jamais reçu projectile de cette nature, il se mit à hurler; mais le train marchait toujours. Je l'entendais qui disait en faisant décrire à sa lanterne des orbites insensés : « S. N. de D. de bon D. — quoi que c'est qu'il m'a f...-là. » Et les camarades d'accourir à ses cris, et je voyais, le long des rails, une théorie de 5 à 6 lanternes qui se rapprochait de la première, et j'entendis bien distinctement encore, malgré le train qui s'éloignait, un des plantons s'écrier : « Mais il a du sang, mes amis, on l'a assassiné. »

Et le train marchait toujours.

Nous arrivons à Paris, gare Montparnasse. Je fais mon boniment au chef de gare. Pendant ce temps les voyageurs descendaient, ils entourent mon wagon et demandent à voir l'enfant. — Je le prends alors dans les bras de sa mère, j'ouvre la portière et je me présente en pied à la foule avec le baby dans les bras et qui criait à cœur joie.

Il m'a semblé que dans ce moment je devais avoir un faux air d'Antoine de Bourbon, montrant Henri IV à la foule des Béarnais, après l'accouchement de Jeanne d'Albret au chateau de Pau. Quoi qu'il en soit, je fus, ou plutôt nous fûmes vaillamment acclamés.

Je ne vous dirai pas que ce fut le plus beau jour de ma vie ; mais ce fut certainement un bon moment, comme ceux où l'on a la conscience d'un devoir bien rempli. — Cependant il me restait encore quelque chose à faire, celui de transporter dans un hôtel la mère et l'enfant. — Et comme la mère ne pouvait pas marcher, je demande un brancard. — Le croiriez-vous, il n'y avait pas de brancard. On l'avait prêté dans la matinée, et n'était pas revenu. On en improvisa un avec un fauteuil et l'on transporta la mère à l'hôtel de la Gare, tandis qu'elle avait indiqué l'hôtel de la Marine. Or, un des employés de l'équipe qui s'était saisi du bébé le porta à l'hôtel de la

Marine, croyant fermement que la mère allait arriver. On préparer une chambre, un berceau, on fait du feu. On installe le bébé, l'employé s'en va, il était passé minuit. — J'arrive avec la mère à l'hôtel de la Gare et la première chose que demande la mère, c'est son bébé. Personne n'avait vu le bébé. On retourne à la gare : l'homme d'équipe était allé se coucher ; personne ne savait où était le bébé. — Désespoir de la mère. — On réveille le chef de gare qui fait réveiller l'homme d'équipe, qui retourne chercher le bébé à l'hôtel de la Marine où on voulait le garder pour se couvrir des quelques frais qu'on avait déjà faits. Enfin, retour du bébé. Il est 2 heures du matin. Tout le monde va se coucher.

Dr E. Bissieu.

LÉGISLATION MÉDICALE

Instructions pour les sages-femmes proposées par le gouvernement belge.

Article premier. L'antisepsie est obligatoire pour la sage-femme.

Avant toute pratique sur la personne d'une cliente, la sage-femme est tenue de se laver et de se nettoyer entièrement les mains, ongles compris, ainsi que les poignets et les avant-bras ; de porter, en outre, s'il s'agit d'une cliente en couches, des manches en caoutchouc ou en toile soigneusement lavées, et, en général de prendre tous les soins de propreté et les précautions désirables pour éviter de provoquer toute affection ou maladie, spécialement la fièvre puerpérale.

Notamment, elle doit :

1° Procéder à la toilette externe de la parturiente, en faisant un savonnage énergique, puis un lavage au sublimé à un pour mille ;

2° Procéder à des injections vaginales avant l'accouchement, quand les organes ne sont pas dans l'état physiologique, ou lorsqu'il y a eu introduction de la main dans le vagin. Ces injections se feront avec une solution de sublimé à un pour mille (avec addition obligatoire de cinq grammes de chlorure de sodium par litre, de manière à maintenir toujours le titrage en sublimé de la solution).

Les sages-femmes pourront aussi se servir d'une solution phéniquée à deux et demi pour cent, faite au moyen d'acide phénique pur cristallisable.

Il est entendu que les injections utérines, nécessaires quand la main a été introduite dans l'utérus, seront toujours réservées au médecin ;

3° Les sages-femmes ne pourront faire d'injections vaginales après l'accouchement physiologique, ni dans les suites de couches normales ; si les suites de couches étaient anormales, elles devraient faire appeler un médecin. Elles devront appliquer le thermomètre pendant la période puerpérale ;

4° Si la sage-femme a été en contact avec une personne atteinte d'une maladie infectieuse ou transmissible, elle devra, pour écarter tout danger de contamination, se soumettre, ainsi que ses vêtements et les objets dont elle doit se servir à une désinfection complète, en suivant les prescriptions de la Notice sur la désinfection publiée par le Gouvernement.

Art. 2. — Les sages-femmes doivent être munies d'une trousse renfermant les objets indispensables, à savoir : injecteur d'Esmarch, ciseaux à pointes mousses, thermomètre éprouvé, sonde de femme, sonde d'homme en gomme élastique, stéthoscope, seringue à lavement, seringue de Pravaz, ergotine formule Yvon, solution phéniquée ou sublimée suivant les formules prescrites à l'article 1er.

Les instruments seront désinfectés chaque fois qu'ils ont été employés, soit par le passage à l'eau bouillante pendant un quart d'heure, soit par un

trempage de dix minutes dans la solution chaude d'acide phénique. Immédiatement avant leur emploi, ils seront essuyés au moyen d'un tampon imbibé d'une des solutions désinfectantes de sublimé ou d'acide phénique.

Art. 3. Dans la pratique de son art, la sage-femme peut administrer :

1° Les lavements et les laxatifs ;

2° Le seigle ergoté et ses dérivés, mais seulement après la délivrance ;

3° Le laudanum, mais seulement dans le cas d'un avortement imminent et en attendant l'arrivée du médecin.

Art. 4. La sage-femme est tenue de faire appeler immédiatement le médecin dans les cas suivants :

A. — *Pendant l'accouchement* :

a) Dans tous les cas où elle ne se rendrait pas exactement compte de la présentation et serait indécise sur la conduite à tenir ;

b) Lorsque la présentation est anormale (présentation de la face, du siège ou présentation transversale).

c) Dans les cas de procidence du cordon.

d) Lorsqu'il y a un retrécissement.

e) Lorsqu'il survient une hémorrhagie.

f) Lorsque la cessation des bruits du cœur indique la mort de l'enfant.

B. *Après l'accouchement* :

g) Si, à l'inspection de l'arrière-faix, la sage-femme trouve qu'il y manque des morceaux de membranes de l'œuf ;

h) Si le périnée a été déchiré pendant l'accouchement. (Dans ces deux derniers cas, si l'accouchement a eu lieu dans la nuit, la sage-femme pourra attendre, s'il n'y a pas urgence, jusqu'au lendemain matin pour faire appeler le médecin ;

i) Lorsque une heure après la naissance de l'enfant, la délivrance ne s'est pas effectuée :

j) Lorsque, après l'accouchement, que la délivrance soit effectuée ou non, il survient une hémorragie qui ne puisse être arrêtée par le massage de la matrice ou par les autres moyens dont la sage-femme dispose ;

k) Lorsque les lochies prennent de l'odeur ;

l) Lorsque l'accouchée a plus de 8° C. sous l'aiselle pendant vingt-quatre heures ;

m) Dans les cas d'hémorragie grave survenant pendant les couches.

Art. 5. En cas de décès de la parturiente ou de l'enfant pendant ou à la suite de l'accouchement, la sage-femme qui n'aura pas été assistée d'un médecin sera tenue d'en donner avis, dans les vingt-quatre heures, au président de la Commission médicale dans le ressort de laquelle l'évènement s'est produit, en donnant tous les renseignements utiles, tant sur les circonstances qui ont amené la mort, que sur les démarches faites pour appeler, en temps opportun, un médecin.

Art. 6. Toute pratique de vaccination par la sage-femme est prohibée.

Art. 7. La sage-femme chez qui s'est introduite une élève est tenue d'avertir immédiatement, par écrit, tant du jour de l'entrée, que du jour de la sortie de cette élève, le président de la Commission médicale du ressort, en lui fournissant tous les renseignements utiles au sujet de la manière dont le stage se fait ou s'est effectué.

Ce stage est surveillé par ladite Commission.

Art. 8. Les sages-femmes porteront un livret renfermant les présentes instructions.

M. Charles fait suivre se règlement des réflexions suivantes :

« En attendant les nombreuses observations que ce projet soulève, signalons les *injections vaginales sublimées à 1 p. 1000*, qui ne tarderaient pas à occasionner les accidents les plus graves et parfois mortels. Le gouvernement en assumerait sans doute la responsabilité !

La Commission ignore donc que la dose admise actuellement n'est que du CINQUIÈME, soit 20 centigrammes par litre...

Un curieux avortement. — Une femme, déjà mère de nombreux enfants, voulant échapper à une nouvelle grossesse de deux mois et demi, s'en fut trouver une voisine qui lui conseilla de se faire avorter, lui affirmant que rien n'était plus simple. Pour ce, cette dernière prit un porte-plume de verre en forme de stylet et l'enfonça dans la direction de la matrice, mais subitement l'instrument lui échappa des mains et il lui fut impossible de le rattraper.

Un médecin consulté ne trouva le corps étranger pas plus dans les parois vaginales que dans celles de l'utérus. Et pourtant l'opératrice était très affirmative, disant que le stylet avait été enfoncé jusqu'au bout. On recourut alors à la laparotomie et le stylet finit par être rencontré aux environs de la rate, la pointe pénétrant déjà à travers le diaphragme dans la région occupée par le lit du cœur. La guérison eut lieu sans complication.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant. (P. Tissier.) — L'auteur explique que les anomalies de l'accouchement, considérées en bloc (accouchement prématuré, application de forceps, version, présentation anormale, grossesse gémellaire, accouchement prolongé, circulaires et compression du cordon), exercent une influence manifeste sur le développement ultérieur des troubles cérébraux chez l'enfant. L'asphyxie de la naissance est fréquemment le premier symptôme par lequel se traduisent ces accidents, mais ce symptôme peut faire défaut, et les troubles n'apparaître qu'à lointaine échéance.

L'idiotie simple, l'épilepsie, les paralysies spasmodiques, l'hydrocéphalie peuvent indifféremment être la conséquence de ces lésions obstétricales, sans qu'aucune anomalie spéciale puisse être rendue responsable d'accidents spéciaux.

L'arriération mentale plus ou moins prononcée existait chez tous les malades examinés ; l'épilepsie est très souvent causée par les traumatismes obstétricaux.

Si l'accouchement prématuré est responsable dans une forte proportion des accidents constatés, ce n'est pas pour la simple raison que le développement utérin a été interrompu avant terme ; c'est plutôt parce que l'encéphale, ses vaisseaux et ses enveloppes, encore trop friables et insuffisamment protégés par le crâne mal ossifié, sont davantage exposés aux traumatismes inévitables de l'accouchement le plus normal.

Cette cause intervient pour une part dans les accidents de la grossesse gémellaire qui se termine fréquemment avant terme.

Sans que l'auteur puisse l'affirmer formellement, il lui paraît que la primiparité expose davantage l'enfant au traumatisme obstétrical en raison de la plus grande résistance opposée à la tête par l'organisme maternel.

Les anomalies de l'accouchement peuvent léser l'encéphale par trois mécanismes :

1° Par contusion directe de la substance cérébrale ;

2° Par congestion partielle et rupture des vaisseaux intra-craniens comprimés par le chevauchement des pariétaux ;

3° Par congestion générale du système veineux occasionné par un obstacle à la circulation fœtale ; dans ce cas, les hémorragies capillaires intracérébrales semblent être plus efficaces que les hémorragies méningées.

Dans presque tous les cas étudiés, l'auteur a constaté l'existence d'une hérédité paternelle ou maternelle très chargée ; on en est conduit à penser que toutes les intoxications en général, et, en particulier, les intoxications par l'alcool, la tuberculose et la syphilis sont susceptibles :

1° D'intervenir dans la production de l'accouchement prématuré ;

2° De déterminer une friabilité pathologique des tissus et des vaisseaux éminemment favorable à la production des accidents en cause ;

3° De créer, autour des lésions constituées, une réaction inflammatoire spéciale qui aboutit, le plus souvent, à la sclérose et à l'atrophie cérébrales.

En résumé, les troubles cérébraux de l'enfant, consécutifs à l'accouchement normal, sont imputables au traumatisme cérébral direct et aux hémorragies intracraniennes par congestion. Ces lésions sont préparées, favorisées, et complétées par l'action des dystrophies héréditaires. (*Presse médicale.*)

Traitement de la dysménorrhée et de la stérilité dues au rétrécissement congénital du canal cervical de l'utérus. — M. S. Kalinovsky recommande le traitement suivant qu'il a appliqué avec succès dans cent cas.

Après avoir désinfecté la vulve et le vagin, on pratique la dilatation du col avec des bougies de Hegar (nos 1 à 5). On introduit ensuite le bistouri et on fait une incision étoilée de l'orifice interne, à une profondeur de 1 et demi à 2 millimètres ; on passe de nouveau des bougies jusqu'au n° 9 ou 10, et, s'il y a lieu, on pratique alors le curettage et l'on introduit dans la cavité utérine une mèche de gaze iodoformée, légèrement glycérinée, et on remplit le vagin de gaze. La mèche et le tampon vaginal sont enlevés au bout de deux ou trois jours, mais la malade doit garder le lit huit jours, pendant lesquels on fait deux

fois par jour des injections chaudes. S'il y avait en même temps rétrécissement de l'orifice externe du col, on inciserait les commissures et on badigeonnerait les incisions avec de l'iode.

Ce traitement a donné d'excellents résultats dans tous les cas de dysménorrhée douloureuse ; 20 de ces malades sont devenues enceintes ; sur ce chiffre, 14 ont accouché à terme, deux avant terme, trois ont avorté une fois et une opérée a eu trois avortements.

FORMULAIRE

Traitement des névralgies pelviennes.

Les douleurs pelviennes, en cas de *métrite, de salpingo-ovarite, de cellulite pelvienne, de pelvipéritonite*, prennent une acuité d'autant plus grande que la malade est plus nettement rhumatisante. On voit même des femmes qui présentent, après la ménopause, tous les symptômes douloureux des affections utérines, qui accusent de vives douleurs dans la région lombosacrée et dans le ventre et qui ont simplement, à l'occasion d'un refroidissement, une poussée de névralgie lombo-abdominale, sans aucune lésion des organes génitaux ; en examinant et en interrogeant ces malades, il est facile de se rendre compte que ce sont des rhumatisantes plus ou moins franches.

On comprend l'utilité de la salicine contre les douleurs pelviennes.

La dose sera de 1 gramme par jour, en trois fois.

On la prescrira ainsi :

Salicine..... 4 gr.

En douze cachets. — Prendre trois de ces cachets, par jour, le matin, à midi et le soir ; après chaque cachet, boire quelques gorgées d'eau.

Faire prendre le médicament, dès qu'il se produit une recrudescence des douleurs.

Il est rare qu'en quelques jours elles ne soient pas calmées au point de devenir très tolérables.

Cesser alors la salicine, pour la reprendre, au besoin, quelque temps après.

Traitement abortif de l'herpès.

(Leloir.)

Depuis 1885, l'auteur a prescrit tour à tour :

De l'alcool à 90° additionné l'une légère quantité de résorcine ;

De l'alcool à 90° additionné d'une légère quantité de thymol ;

De l'alcool à 90 additionné d'une petite quantité d'ichtyol ;

Voici, d'ailleurs, quelques-unes des formules.

Alcool à 90°.....	100 gr.
Résorcine pure.....	2 »
Alcool à 90°.....	100 »
Thymol.....	1 »
Alcool à 90°.....	100 »
Menthol.....	3 »
Alcool à 90°.....	100 »
Thymol.....	1 »
Résorcine.....	2 »
Alcool à 90°	100 »
Menthol.....	3 »
Extrait de cannabis indica	5 »
Alcool à 90°..	100 »
Acide phénique.....	0 gr.25.
Alcool à 90°.....	100 gr.
Acide phénique.....	0 gr. 25
Extrait de cannabis indica.....	4 gr.
Alcool à 90°.....	200 »
Résorcine.....	6 »
Chlorhydrate de cocaïne..	1 à 4
Alcool à 90°.....	50 »
Tannin.....	1 »
Alcool..... ..	50 »
Tannin.....	5 »
Chlorhydrate de cocaïne..	1 »

Formule employée fréquemment dans sa clientèle privée, par M. Lenoir :

Alcool à 90°.....	50 gr.
Chlorhydrate de cocaïne....	6 »
Essence de menthe.....	50

On applique sur l'éruption des compresses imbibées de l'un ou de l'autre de ces différents liquides, et on les recouvre de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée. On fixe en couvrant avec un morceau d'emplâtre adhésif ou d'emplâtre de diachylon, ou encore on fixe les bords avec une couche de traumati-

cine médicamenteuse, appliquée au pinceau.

Si l'éruption est limitée, on se sert de ouate hydrophile imbibée d'un de ces mêmes liquides et qu'on recouvre comme précédemment.

On renouvelle ce pansement une douzaine de fois dans la même journée et plus si l'on peut, car plus on renouvelle ce pansement fréquemment, mieux cela vaut.

Traitement des hémorrhoïdes par la chrysarobine.

1° *Pommade.*

(Après la désinfection préalable avec la créoline ou l'acide phénique.)

Chrysarobine	0.8
Iodoforme	0.3
Extr. belladone	0.6
Vaseline	20

2° *Suppositoires.*

Chrysarobine	0.08
Iodoforme	0.02
Extr. belladone	0.01
Beurre de cacao	2.00

Après peu de jours, les douleurs et les hémorrhagies disparaissent ; après 3-5 mois, les hémorrhoïdes sont complètement rétractées.

Traitement de l'urticaire par le phosphate de soude.

(Wolff.)

L'auteur donne le phosphate de soude à l'intérieur toutes les trois heures, à dose de 4 à 5 grammes et moins chez les enfants, pour guérir l'urticaire en l'espace de vingt-quatre heures.

Localement, il prescrit en même temps des lotions avec un mélange souvent employé en Amérique contre l'eczéma :

Calamine préparée	ãã 6 gr.
Oxyde de zinc	
Acide phénique	2 —
Eau de chaux	60 —
Eau distillée de rose	130 —

Chez les enfants, les doses d'acide phénique doivent être réduites suivant l'âge.

Dans l'urticaire chronique, le phosphate de soude pris après chaque repas à la dose susmentionnée procure également un soulagement rapide, mais il se produit souvent des rechutes ; aussi les patients doivent-ils continuer l'usage du médicament jusqu'à ce que la tendance aux récidives ait complètement disparu.

Le phosphate de soude se montre particulièrement efficace lorsque l'urticaire est d'origine gastro-intestinale, ce qui est souvent le cas.

Le calomel et l'opium contre la grippe.

(O'Neil.)

M. G. Freudenthal a signalé, il y a quelque temps, les effets abortifs exercés par le calomel à l'égard de la grippe lorsque ce médicament est administré tout au début de l'affection. De son côté, M. le Dr J. A. O'Neill de (New-York) a eu l'occasion de se convaincre que l'action du protochlorure de mercure peut être notablement accrue par l'adjonction de poudre de Dower.

L'auteur conseille dans les cas de grippe épidémique de commencer par donner au patient, le soir au coucher le mélange ci-dessous formulé :

Poudre de Dower	0 gr. 60
Calomel à la vapeur	0 gr. 18
Bicarbonate de soude	0 gr. 12

Mêlez. Pour un cachet unique.

De plus, il recommande de faire des lotions alcooliques de tout le corps, et il existe des douleurs lombaires, il applique un sinapisme *loco dolenti*.

Le lendemain matin, il prescrit le phosphate de soude comme laxatif, et administre 0 gr. 50 de phénacétine toutes les deux heures jusqu'à concurrence de cinq prises.

Les badigeonnages phéniqués de la gorge dans la coqueluche. —Voici la formule dont l'auteur T. Guida fait usage chez les enfants âgés de moins d'un an :

Acide phénique cristallisé	1 gr. 50
Glycérine pure	10 gr.
Sirop de tolu	5 gr.

Mêlez. — Usage externe.

A partir de l'âge de trois ans, alors qu'il devient possible de pratiquer des badigeonnages étendus et prolongés de la gorge, on peut employer une solution plus faible de phénol à laquelle il est utile d'ajouter de la cocaïne. M. Guida se sert en pareil cas du mélange ci-dessous formulé :

Acide phénique cristallisé	1 gram.
Glycérine	15 gram.
Solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 %	5 gram.

Mêlez. — Usage externe.

Les deux solutions, toujours bien supportées par les malades ont exercé une influence très favorable sur l'évolution de la coqueluche.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La santoninoxime comme vermifuge. — Cette substance est obtenue en chauffant 5 parties de santonine avec 4 parties de chlorhydrate d'hydroxylamine et 3 à 4 parties de chaux en présence de l'alcool. Le rendement est de 80 pour 100 du poids de la santonine employée.

Propriétés : Aiguilles soyeuses, blanches, insolubles dans l'eau froide, peu solubles dans l'alcool et l'acide acétique ; fondant à 216 degrés ; lévogyres.

Préconisée comme vermifuge et pouvant remplacer la santonine ; peut être administrée à dose deux ou trois fois plus forte que cette dernière sans causer d'accidents.

Le Phénate de cocaïne comme anesthésique local. — L'application sous-cutanée du phénate de cocaïne a été recommandée déjà en 1887 par M. Viau pour l'anesthésie locale dans les avulsions dentaires ; dernièrement c'était d'Oefele qui a entrepris l'étude de cette préparation relativement à son emploi dans la thérapeutique générale.

Une poudre à priser, contenant 6 à 7 gr. de phénate de cocaïne et 95 à 93 d'antifébrine, appliquée à la dose de 0,03 à 0,05 gr. coupe court aux rhumes de cerveau et à la surdité provenant d'un catarrhe de la trompe d'Eustache ou du tube auditif. La combinaison d'antifébrine et du phénate de cocaïne, administré à la dose de 0 gr. 01 par jour, possède une action extrêmement favorable contre la gastralgie. Dans des cas de gastralgie chronique on administre la dite dose tous les deux jours. Pour l'usage interne il faut enfermer ce médicament dans des capsules gélatineuses pour éviter ainsi son contact immédiat avec la muqueuse de la bouche.

On peut couper court aux catarrhes de la conjonctive en appliquant 1 à 2 mgr. de phénate de cocaïne en substance, sur les paupières. On arrive au même résultat en instillant dans l'œil 1 goutte d'une solution alcoolique de 10 p. 100 de phénate de cocaïne.

En badigeonnant avec cette solution la gorge, on atténue la douleur des laryngites.

MÉDICATIONS NOUVELLES

Emploi des lavements d'ipéca contre la constipation habituelle chez la femme. (M. R. Blondel.) — Dans la pratique gynécologique, la constipation habituelle est d'observation presque journalière. Elle a pour causes ordinaires la parésie musculaire de l'intestin et l'insuffisance sécrétoire de sa muqueuse. Le traitement physiologique consistera, chez les femmes à paroi relâchée et à plancher pelvien affaibli, à agir sur ces divers éléments par le port d'une ceinture (le jour) et par un massage judicieux, en éliminant les cas où l'inflammation des annexes est encore récente et peut se réveiller sous son action (l'auteur en a observé plusieurs cas). L'agent médicamenteux que M. Blondel a employé avec le plus de bénéfice est l'ipéca, qui agit comme excito-moteur de l'intestin et comme stimulant des sécrétions intestinales. Il se prescrit de la façon suivante :

Extrait aqueux.....	10 grammes.
Eau distillée.....	50 —

Une demie et une cuiller à café pour 150 gr. d'eau à prendre le matin en lavement : garder jusqu'à absorption (une demi-heure en moyenne).

On obtient habituellement une selle le soir même, sans coliques le plus souvent, et pendant les deux ou trois jours suivants, quelquefois plus, une selle journalière si le sujet se présente régulièrement à la garde-robe. Il ne se produit jamais d'effets nauséeux. Plusieurs malades emploient ce procédé depuis plus de quatre ans sans inconvénient. On surveillera en même temps le régime alimentaire, car l'ipéca, pas plus qu'aucun autre médicament, ne saurait avoir la prétention d'empêcher d'être constipés tous ceux qui, à part cela, font tout ce qu'il faut pour le devenir et le rester.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Daix frères, 2, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

—

LE RELACHEMENT DES SYMPHYSES ET LES ARTHRALGIES PELVIENNES D'ORIGINE GRAVIDIQUE

M. Louis Cantin a recueilli, dans le service de M. Bonnaire, de nombreux documents qui lui ont permis d'étudier cette affection assez fréquente et qui reste le plus souvent ignorée.

On sait qu'il existe physiologiquement un certain degré de relâchement des symphyses. Mais cet écartemont ne dépasse guère un millimètre, et c'est au delà de ce chiffre que l'écartement devient pathologique. M. Cantin a trouvé cette dernière dans environ 16 % des cas de grossesses où il l'a recherchée, c'est-à-dire dans 400 cas.

Les symptômes sont d'ailleurs loin d'être en rapport avec l'étendue du relâchement. Il semble qu'à celui-ci vienne s'ajouter un certain degré d'inflammation douloureuse. On observe tout d'abord une difficulté des mouvements des membres inférieurs. Les malades disent que depuis plus ou moins longtemps, le plus souvent à partir du sixième ou septième mois de leur grossesse, quelquefois, bien que plus rarement, à partir du troisième ou quatrième mois, elles se fatiguent plus vite, elles se tiennent moins aisément debout ou assises. Assises, elles font un effort douloureux pour se relever de leur chaise ou de leur fauteuil ; couchées, il leur est tout aussi difficile de s'asseoir. Cela leur est particulièrement pénible le matin au réveil, lorsqu'elles veulent s'asseoir sur leur lit avant d'en descendre. Non seulement elles ne peuvent sauter à cloche-pied, mais si elles sont debout devant l'observateur, que celui-ci leur commande de se tenir sur un pied, aussitôt il les verra fléchir, ou bien, pour éviter une chute, elles reposeront aussitôt sur le sol le pied qui vient d'être soulevé.

Mais c'est surtout dans la marche que se révèlent les signes les plus frappants. Outre la difficulté que les malades ont à marcher quelque temps, elles ont une démarche de palmipèdes. Elles vont comme le canard (Sévérin Pineau), en rejetant alternativement le corps d'un côté et de l'autre.

Les choses peuvent aller plus loin et Tarnier cite des femmes qui ne pouvaient faire quelques pas dans leur chambre, qu'en maintenant leur bassin avec leurs deux mains qu'elles y appliquaient étroitement, l'enserrant comme pour l'empêcher de se disloquer. Ces malades sont obligées, pour avancer, de s'appuyer aux murs, de s'accrocher à tous les meubles qu'elles rencontrent sur leur passage, ou bien elles ont recours à des béquilles, et utilisent tous les subterfuges possibles.

C'est la douleur qui est le principal signe du relâchement de la symphyse.

Pour dénoncer la douleur, la femme étant placée dans le décubitus dorsal, on appuie la pulpe de l'index ou du pouce, d'abord

sur les parties latérales du pubis ; si la femme ressent de la douleur et n'en manifeste pas en d'autres points plus éloignés de la symphyse, on peut admettre que l'impression vient de ligaments antérieurs intéressés. Puis on continue vers le milieu du pubis, en plein centre du mont de Vénus, d'abord vers le bord supérieur de l'os. C'est là qu'on doit provoquer le maximum de souffrance, et là seulement qu'on trouvera le signe certain. Au moment de la pression, la femme se plaindra vivement et cherchera à se dérober à l'action du doigt.

On peut explorer de même les symphyses sacro-iliaques, quoique avec plus de difficulté.

Un autre procédé consiste à presser sur un des côtés du bassin ou encore à frapper d'un coup de poing le grand trochanter ; on déterminera ainsi parfois la douleur au niveau des symphyses.

Enfin le toucher vaginal permet aussi de trouver un point douloureux de la symphyse. Mais ce dernier procédé est surtout utile pour reconnaître la mobilité anormale des deux branches du pubis. M. Budin a décrit ainsi qu'il suit le procédé qu'il a employé :

La femme étant debout, on introduit le doigt dans le vagin et la pulpe de l'index étant dirigée en haut, exactement appliquée sur le bord inférieur de la symphyse, on fit marcher la malade. A chaque pas on sentait une des branches osseuses qui chevauchait, descendait considérablement et refoulait en bas le doigt ; puis cette branche remontait et c'était elle qui à son tour descendait. La branche qui restait élevée correspondait à la jambe qui, demeurée immobile, servait de soutien au tronc ; la branche qui descendait correspondait au contraire au membre inférieur qui se déplaçait et progressait.

Ce relâchement, qui se développe peu à peu à partir du sixième mois de la grossesse va en progressant jusqu'à l'accouchement qui l'augmente et lui donne comme un coup de fouet.

Il s'atténue ensuite et les articulations recouvrent leur état normal lorsque l'utérus reprend son volume initial, mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi.

Baudelocque, Lenoir, Courty, Robert, Charpentier et bien d'autres, ont cité des cas où l'affection avait duré 9 mois, 18 mois, 2 ans, toute la vie. Une femme de soixante-dix ans, vue par Robert, était condamnée depuis l'âge de vingt ans, époque de son premier accouchement, à ne pas quitter sa chambre ; elle s'y traînait de meuble en meuble.

Ce qui est très particulier au point de vue du diagnostic, c'est que quand les malades viennent consulter leur médecin, elles disent souffrir dans le bas-ventre, dans les reins, dans les cuisses. Si on leur demande depuis quand, elles font remonter leurs douleurs à une date fixe, ou bien elles les attribuent à une congestion, à une inflammation, et le plus souvent à un début d'avortement. En somme, elles font tout ce qu'elles peuvent pour tromper invo-

lontairement le médecin et souvent celui-ci leur fait suivre un traitement pour une affection qu'elles n'ont pas. Tarnier n'enseignait-il pas qu'il n'est pas de maladie plus fréquente, ni de plus fréquemment ignorée !

Aussi faut-il être bien prévenu de ce fait, car nombre d'affections douloureuses abdomino-pelviennes peuvent être confondues avec le relâchement douloureux des jointures du pelvis.

Le traitement, s'il s'agit de relâchement pendant la grossesse, ne peut être réalisé que par le repos.

Après la grossesse, il faut presque toujours avoir recours aux divers moyens de contention applicables en pareil cas, depuis le simple bandage du corps ou la ceinture de gymnastique jusqu'aux ceintures beaucoup plus compliquées imaginées pour remédier à cette infirmité.

LA FIÈVRE DU TRAVAIL DANS L'ACCOUCHEMENT (1)

Elle existe dans 4 pour cent des cas. Elle peut être légère ou grave.

Dans la forme légère on a affaire à un accouchement de longue durée : la poche des eaux est souvent rompue depuis quelques heures et la dilatation ne se fait pas. On constate alors une élévation de la température ; mais la fièvre est peu intense : le thermomètre oscille entre 38° et 39° ; et c'est presque le seul symptôme pathologique.

Le début n'est pas marqué par un frisson, et le pouls est en rapport avec la température. Comme symptômes généraux, rien ou presque rien : pas de douleurs abdominales, ni de tétanisation de l'utérus, pas d'agitation, pas de dyspnée ; la langue est bonne et le facies est celui d'une parturiente normale. Enfin, et c'est un bon signe rétrospectif, la température tombe et redevient normale à la fin de la période d'expulsion, et elle ne se reproduit pas dans les suites de couches.

Dans la forme grave, au contraire, le début se fait par un frisson violent, brusque, assez prolongé, accompagné fréquemment de vomissements, d'agitation, de malaise général. La température rectale atteint et dépasse 40° ; le pouls est très rapide, plus ou moins régulier. Du côté de l'utérus on se rend compte que la poche des eaux est le plus souvent intacte, la dilatation incomplète.

L'état général devient de plus en plus mauvais. Le facies pâle, tiré de la parturiente, traduit les souffrances et l'anxiété. Le travail se ralentit ; l'utérus est très douloureux à la palpation, il reste contracturé dans l'intervalle des douleurs. M. Vinay insiste beaucoup sur cette tétanisation de l'utérus pendant le travail et sur l'exagération des douleurs ; ce sont des signes constants.

(1) Thèse de M. Ravon, faite sous l'inspiration de M. Vinay, de Lyon.

L'accouchement se produit au bout de peu de temps — spontanément ou grâce à une intervention — mais n'est pas suivi d'une défervescence ; ou du moins si la température baisse, elle remonte quelques heures après. La soif devient intense, la langue est sèche, le facies devient anxieux et se plombe, l'état général s'aggrave : en un mot, on est en présence d'une septicémie des suites de couches, septicémie de forme grave et souvent terminée par la mort.

Cette fièvre survenant ainsi au moment du travail a été expliquée de diverses manières : on l'a considérée comme une fièvre physiologique survenant à la suite de grands efforts musculaires, ce qui ne peut guère se soutenir. Il est certain, au contraire, qu'il s'agit d'une fièvre infectieuse due à l'introduction de germes pathogènes, mais il y a ici une difficulté d'interprétation : comment, en effet, ce germe s'est-il introduit, car il y a toujours, pour que les accidents éclatent, une incubation de deux à trois jours, et bien souvent la malade n'a été touchée, ce qui est une source fréquente d'infection, qu'au début du travail : il faut alors penser au *pénis du mari* comme agent vecteur des germes.

Chez trois des malades citées par M. Ravon il faut sûrement invoquer un coït récent pour expliquer la contamination ; les derniers rapprochements se sont produits pour l'une deux jours avant son entrée à la Maternité, pour l'autre quatre jours auparavant, et pour la troisième la veille de l'entrée.

« Il suffit de songer à la malpropreté des organes génitaux chez certains individus pour comprendre la possibilité d'une contamination par cette voie ; si l'on admet que le doigt de l'accoucheur peut être un agent d'infection, je ne vois pas bien comment on pourrait refuser au pénis une influence de même ordre. » (Vinay.)

On est d'ailleurs si bien convaincu de l'importance étiologique de ce fait, qu'à la clinique obstétricale de Leipzig, on a établi un questionnaire dans lequel on demande à chaque femme la date du dernier coït.

En résumé, dans tous les cas observés de fièvre du travail, on a eu affaire à une infection de même nature que l'infection puerpérale du post-partum, c'est-à-dire due surtout aux streptocoques apportés par les manœuvres d'accouchement (toucher, intervention, etc.) ou par un coït malpropre récent.

Ces germes pathogènes envahissent le liquide amniotique dès que les membranes sont rompues : c'est la forme légère ; ou pénètrent dans la cavité uterine à la faveur d'éraillures du col, au début du travail : c'est la forme grave. Mais il existe toujours une période d'incubation.

Dans les cas légers de fièvre, le pronostic est bon pour la mère et pour l'enfant. La fièvre et les autres symptômes disparaissent dès que l'accouchement est terminé, ou bien se prolongent quel-

ques heures après la délivrance ; mais, en général, ne reparaissent pas pendant le post-partum.

Il n'en est pas de même dans la forme d'emblée sévère, qui a une signification beaucoup plus grave. C'est, en somme, une septicémie puerpérale précoce, avec tous ses dangers et toutes ses complications.

Il faut ajouter que cette septicémie paraît très virulente, car dans les observations citées par M. Ravon, non seulement plusieurs malades sont mortes, mais encore il y a eu dans la salle plusieurs cas de contagion, malgré les précautions prises usuellement.

Le seul traitement prophylactique que l'on puisse employer ici serait la recommandation faite aux maris de s'abstenir de tous rapports sexuels avec leur femme pendant les derniers mois de grossesse. C'est également la stricte propreté des mains et la précaution de pratiquer le toucher seulement quand il est strictement nécessaire. Mais lorsque le médecin se trouve en présence d'une parturiente qui a de la fièvre, quelle conduite doit-il tenir ?

Dans les cas bénins, à température peu élevée, état généralement satisfaisant, bruits du cœur fœtal normaux, on peut laisser aller l'accouchement : il se prolonge souvent, la dilatation est lente, mais rien ne presse d'intervenir. On se contente de renouveler la toilette génitale faite au début du travail et on redouble de précautions antiseptiques jusqu'à ce que l'expulsion se fasse.

Si cette expulsion tarde trop et que la malade s'épuise en efforts vains, si surtout la fièvre est intense, l'état général mauvais, si l'enfant souffre, *il est indiqué de hâter l'accouchement.* « L'indication est formelle d'accélérer le travail quand il y a infection du liquide amniotique, surtout lorsque la température dépasse 39°, que le pouls est très rapide, que l'état général s'aggrave, que les forces s'épuisent et qu'il survient une sensibilité excessive de l'utérus. La nécessité de terminer l'accouchement existe à la fois pour la mère et l'enfant. » On emploie alors les moyens habituels, forceps, ballon de Champetier, dilatation digitale, etc...

GYNÉCOLOGIE

LES MÉTRORRHAGIES DES JEUNES FILLES ET LEUR TRAITEMENT

Par le Dr A. Siredey (1)

Certaines jeunes filles bien portantes ont, dès le début de la menstruation, une tendance marquée aux hémorrhagies ; sans que

(1) Extrait d'un travail publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

les phénomènes prémonitoires des règles soient plus accentués qu'ils ne le sont habituellement, l'écoulement sanguin dure, chez elles, 6 ou 7 jours, et présente une abondance exagérée. On n'attache généralement aucune importance à cette perte de sang, d'autant plus que si elle s'est accompagnée momentanément d'un peu de fatigue ou de faiblesse, tout cela se dissipe promptement ; et l'on espère que les époques suivantes amèneront une modification favorable. Bien loin de s'amender, les mêmes accidents se renouvellent à chaque période menstruelle ; le plus souvent même l'abondance et la durée de l'écoulement sanguin augmentent peu à peu, avec une progression régulière. Or l'examen le plus minutieux ne révèle aucune tare, les ménorrhagies se succèdent, se rapprochent, la faiblesse augmente sans que l'on puisse constater la moindre lésion organique pour expliquer ces pertes de sang.

Cette situation se prolonge durant plusieurs mois sans qu'on y prenne garde : en général, on se préoccupe beaucoup plus des retards ou des interruptions des règles que de leur abondance. Comme l'a très judicieusement fait remarquer Dauchez, à côté des jeunes filles ménorrhagiques, on trouve fréquemment des mères ou des sœurs qui présentent les mêmes accidents. On s'accoutume volontiers à considérer ces misères comme faisant partie des traditions de la famille et on les accepte avec une résignation qui n'est pas exempte de fierté, car tout le monde ne saurait avoir un sang aussi riche.

Cependant la santé générale qui n'en souffrait pas beaucoup au début, commence à être menacée ; les téguments et les muqueuses se décolorent, les forces et l'appétit s'en vont, les symptômes d'anémie s'accentuent et à mesure que la plasticité du sang diminue les hémorrhagies deviennent plus abondantes et prolongées.

Pour les parents, c'est l'anémie qui est cause de tout le mal, et leur sollicitude se manifeste par l'administration spontanée de toniques variés dont les amers, le quinquina, le kola, les préparations ferrugineuses et phosphatées forment la base. On emprunte à la 4e page des journaux des médicaments pour stimuler l'appétit, pour relever les forces, pour accroître la richesse du sang, etc. Or ces substances, prodiguées à tort et à travers, surtout à tort, ne font que compromettre l'alimentation en troublant les voies digestives, en même temps qu'elles excitent la circulation et facilitent le retour des hémorrhagies.

Il n'est pas rare qu'on ajoute encore de nouveaux éléments de fatigue sous prétexte de procurer de l'exercice et de la distraction.

Grâce à ce régime, les pertes de sang augmentent, elles durent 10 ou 12 jours à chaque époque menstruelle pour reparaître 15 ou 18 jours après qu'elles ont cessé. Parfois même elles sont presque ininterrompues, la recrudescence de l'écoulement restant le seul

vestige de sa périodicité, puis, elles deviennent irrégulières et les hémorrhagies alternent capricieusement avec l'aménorrhée.

L'examen le plus minutieux ne permet de rattacher ces pertes de sang à aucune lésion génitale appréciable, et quand on suit ultérieurement ces malades, on ne constate chez elles, à un âge plus avancé, ni corps fibreux, ni altérations ovariennes. Quelques-unes de celles que j'ai observées se sont mariées et ont eu des enfants, et rien n'a dénoté plus tard chez elles l'existence d'une tare quelconque du côté des organes génitaux, non plus qu'une maladie du cœur, des vaisseaux, ou de quelque autre appareil de l'organisme.

Il semble que, dès l'origine, la fluxion utéro-ovarienne physiologique soit exagérée par des influences diathésiques éminemment favorables aux poussées congestives. Ces tendances aux hémorrhagies ne se manifestent-elles pas dans un certain nombre d'états pathologiques divers ?

On connaît la fréquence de l'épistaxis chez les enfants arthritiques, la facilité avec laquelle se produisent chez eux l'urticaire ou les autres efflorescences cutanées, et il n'y a aucune exagération à penser que l'ovulation s'accompagne d'une hyperesthésie excessive de l'appareil génital, entraînant une perte de sang anormale. Mais si la prédisposition héréditaire joue un rôle prépondérant dans la production de ces accidents,elle est singulièrement aidée par une foule de causes occasionnelles : la marche, l'équitation, la bicyclette, la danse, qui rendent de réels services dans d'autres cas, en stimulant la circulation pelvienne, deviennent ici dangereuses, parce qu'elles contribuent à exagérer des tendances congestives. Il en est de même de tout ce qui peut hypérémier directement ou indirectement l'appareil génital : l'usage de la machine à coudre à pédale, la station debout prolongée, les excitations sexuelles, etc., sont également des causes de congestion. Ce sont ces indications pathogéniques qui doivent diriger la thérapeutique de ces accidents.

Traitement. — Il est rare que l'on soit obligé de combattre directement l'hémorrhagie par des injections chaudes ou par des tamponnements. Les difficultés matérielles et morales de ce traitement ne permettent de l'employer qu'en cas de nécessité absolue.

Si l'abondance et la persistance de l'hémorrhagie causent quelque inquiétude, on pourra essayer des lavements très chauds,peu abondants (200 grammes) et fréquemment renouvelés (lavements simples ou gélatinés), ou bien des irrigations rectales, à l'aide d'une sonde à double courant, très chaudes et prolongées.

L'application de glace sur le ventre ; l'administration par diverses voies (gastrique, hypodermique, intestinale), de préparations

d'ergotine ou d'hamaméline permettront presque toujours de parer au danger.

Le traitement qui s'impose avant tout, c'est le repos absolu au lit, et celui-là n'est pas simplement palliatif,comme les précédents : il constitue le meilleur moyen de prévenir le retour de pareils accidents, et par conséquent de guérir les malades.

Dès que l'on est consulté pour ces jeunes filles, qui ont chaque mois un écoulement de sang immodéré, on doit les condamner au lit, systématiquement,pendant toute la durée des règles, et ne les laisser se lever que 24 ou 48 heures après que tout suintement de sang aura disparu. En cas de rechute, on imposera de nouveau le lit. Il est indispensable que les malades demeurent étendues, et évitent le plus possible les mouvements du tronc et des bras. On ne doit même pas leur permettre de se lever pour prendre leurs repas.

Les mêmes mesures seront appliquées rigoureusement dès le début des époques suivantes, et on renouvellera ainsi, systématiquement, jusqu'à ce que l'on ait en quelque sorte discipliné les fonctions menstruelles.

Ce traitement est plus difficile à faire accepter par les familles et par les malados que les médicaments les plus désagréables ; rien néanmoins ne peut le remplacer, et on doit exiger son application avec rigueur.

Quand les jeunes filles quittent le lit, on ne doit leur accorder qu'une liberté relative : il faut leur interdire toute fatigue physique exagérée, et les mettre en garde contre le surmenage intellectuel.

La marche prolongée, la course, la danse, la bicyclette, l'équitation, le travail à la machine, la station debout prolongée, leur seront momentanément interdites.

Et plus tard, on ne les leur permettra qu'avec modération, en surveillant les effets que provoqueront ces exercices du côté de l'appareil génital.

En même temps, on s'appliquera à traiter l'état général, à stimuler les échanges, à faciliter les éliminations, à combattre le ralentissement de la nutrition, c'est-à-dire les dystrophies héréditaires ou acquises qui sont la cause première de ces désordres.

C'est à l'hygiène que revient la première place dans la prophylaxie de ces accidents. Si la crainte des hémorrhagies conduit à éviter les exercices violents même dans l'intervalle des règles,on doit, du moins, recommander la vie au grand air et la marche modérée, et on y joindra avec avantage la gymnastique de chambre, sans appareils.

L'hydrothérapie, quand les circonstances le permettent, constitue, après le repos, l'un des éléments les plus importants du traitement : les douches froides, par leur action sur le système ner-

veux, contribuent puissamment à régulariser la circulation générale et à diminuer, par cela même, l'hypérémie génitale.

L'hygiène alimentaire ne doit pas être négligée, parce qu'elle est aussi, heureusement, un des modificateurs de l'arthritisme. On proscrira les mets épicés, les viandes marinées ou faisandées, le vin pur, les liqueurs, l'abus du thé et du café, en un mot, de tous les aliments susceptibles d'exciter le système nerveux ou d'accumuler des toxines dans l'organisme.

Il n'est pas nécessaire d'aller chercher au loin la guérison : le séjour à la campagne, une vie calme et paisible, dans une région saine et bien aérée, seront presque toujours préférables à de longs et pénibles déplacements.

Ce qui importe avant tout, c'est de ne pas attendre pour instituer un traitement, que l'on soit en présence de tous les symptômes de l'anémie.

Dès que la menstruation prend la forme ménorrhagique, on doit exiger des jeunes filles le repos absolu pendant toute la durée des époques et renouveler cette précaution aussi longtemps qu'elle sera utile.

Au début ce n'est qu'une mauvaise disposition à redresser, tandis que plus tard on se trouvera en présence d'une grave perturbation de l'organisme : la guérison sera d'autant plus prompte et plus complète que le traitement aura été plus précoce.

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE ET DES ETATS CONVULSIFS PAR L'ÉTHÉRISATION.

Voici comment le Dr Tournier applique systématiquement l'éthérisation aux états convulsifs : attaques spasmodiques des enfants ; attaques convulsives toniques et cloniques, de nature hystérique et hystéro-épileptique, tant chez les enfants que chez les adultes.

Le procédé employé est d'une simplicité extrême et à la portée de tous les praticiens. Il n'exige qu'un mouchoir, plié en plusieurs doubles, qu'on imbibe d'éther sulfurique *larga manu* (en prescrire d'emblée 200 grammes). On fait respirer l'éther, comme dans l'anesthésie chirurgicale, jusqu'à résolution complète des membres. On attend, pour renouveler l'administration, que des contractures, prélude ordinaire des mouvements convulsifs, se reproduisent.

Pendant l'éthérisation, s'il y a de la contracture du maxillaire, s'il y a en même temps du spasme laryngé, marqué par une respiration râlante, on avance et abaisse la mâchoire par une pression énergique exercée derrière l'angle de la mâchoire inférieure à l'aide des pouces, l'index et le médius agissant sur la branche horizontale du maxillaire. Grâce à cette manœuvre, bien connue d'ailleurs, la langue est attirée en avant, et une action réflexe est

exercée en même temps sur la respiration, qui devient plus libre, plus régulière et profonde. On peut continuer l'éthérisation méthodique sans crainte aucune, en la répétant tant qu'il est besoin, pendant deux heures ou davantage, jusqu'à cessation définitive des symptômes convulsifs et réveil du malade, ou jusqu'à sommeil calme en complet relâchement.

La cyanose des lèvres et des téguments en général, une respiration stertoreuse par suite de mucosités amassées dans l'arrière-gorge, à l'entrée des voies aériennes, ne sont pas une contre-indication, du moins dans les convulsions essentielles ou simples, non compliquées et non symptomatiques de processus pathologiques graves par eux-mêmes.

L'éthérisation est contre-indiquée — ou du moins ne doit être employée que très prudemment, et seulement en cas de danger imminent d'asphyxie par suite de spasme laryngé — dans les cas d'obstruction ou d'hypersécrétion de la muqueuse bronchique, dans les bronchites, la broncho-pneumonie, la coqueluche.

Par contre, l'état congestif du cerveau et des méninges, à moins d'être très intense et vraiment apoplectique, auquel cas une saignée s'impose avant tout, n'est pas une contre-indication à l'éthérisation.

Non seulement dans les attaques convulsives, mais encore dans certains cas de crises douloureuses, l'éthérisation rendra les plus grands services et parfois elle constituera *l'ultimatum refugium*. Cela est vrai surtout chez les enfants où le maniement de la morphine est dangereux.

Dans les crises hystériques ou hystéro-épileptiques, on fera inhaler l'éther en allant, au besoin, jusqu'à relâchement complet. Une fois la résolution obtenue, ce qui arrive plus ou moins vite, l'attaque hystérique simple peut être considérée comme coupée, le plus souvent du moins. La plupart du temps, dix à quinze minutes d'éthérisation suffisent pour maîtriser les attaques hystériques simples. Il faudra plus de temps pour juguler une attaque d'hystéro-épilepsie. Mais on ne se découragera pas, on persévérera au besoin pendant deux heures ou plus, jusqu'à ce que les convulsions ne reparaissent plus et que le malade dorme paisiblement. On le laissera alors dormir tranquillement, tout en le faisant surveiller, jusqu'à ce qu'il se réveille spontanément.

L'éthérisation peut se faire n'importe où, non seulement dans le lit, mais sur un canapé, sur une table ou bien même à terre, la tête étant soutenue par un oreiller ou un vêtement plié, une couverture. Si l'éthérisation a été de courte durée, le malade se réveillera rapidement, et quoique un peu étourdi, pourra marcher et rentrer à pied chez lui, le cas échéant.

ABSENCE DE VAGIN ET D'UTÉRUS CHEZ UNE FEMME MARIÉE

Par le Dr Gustave Bernard,

Chirurgien de l'Infirmerie centrale des prisons.

Il s'agit d'une observation prise à l'amphithéâtre, qui ne vaut donc que par ses détails anatomiques, et dans laquelle, par conséquent, la partie physiologique restera à peu près complètement dans l'ombre.

Voulant me rendre compte de certains points de technique de l'hystérectomie abdominale totale, par le procédé dont M. Faure nous a parlé au Congrès de chirurgie par section médiane de l'utérus, je choisis un sujet de 40 ans, parfaitement bien développé quant aux apparences extérieures, ayant un notable embonpoint, avec des seins et un mont de Vénus normaux.

Le sujet mis en position de Trendelenburg, une fois le ventre ouvert, je ne trouvai pas d'utérus, mais seulement les annexes normalement placées des deux côtés, et reliées entre elles d'un côté à l'autre par les ligaments larges d'apparence normale et terminés en haut sous forme de croissant à concavité supérieure, au lieu de la saillie médiane que forme l'utérus.

En présence de cette première anomalie, je voulus faire le toucher et constater l'état des parties génitales externes. Ces dernières étaient à la vue parfaitement normales, quant à la vulve. Mais le vagin était représenté par un canal muqueux de 1 cm. 1/2 de profondeur et se terminant en cul-de-sac absolument clos. Mais, par contre, le doigt déprimait ce cul-de-sac jusqu'à lui donner artificiellement et sans la moindre difficulté une profondeur égale à celle d'un vagin normal.

Le garçon d'amphithéâtre me dit que cette femme était mariée, et que son mari était venu lui rendre pieusement les derniers devoirs.

Les ovaires étaient normaux, de même que les pavillons des trompes. Ces dernières étaient perméables sur un trajet de quelques centimètres, après quoi la gauche se perdait insensiblement et sans cordon apparent dans le tissu cellulaire du ligament large, tandis que du côté droit on pouvait suivre la trompe se continuant par un cordon dur et plein jusque sur l'infundibulum vulvo-vaginal.

Il s'agit donc là d'un arrêt de développement des organes génitaux internes.

LA PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES CHEZ LA FEMME (1)

Systèmes de réglementation actuellement en vigueur et dissémination des maladies vénériennes.

La question de la prophylaxie des maladies vénériennes remonte à la plus haute antiquité. Mais, le monde étant toujours jeune, la question est restée d'actualité, et elle continue à importer non moins au point de vue social qu'au point de vue médical.

Pour donner à une étude de ce genre toute son ampleur, il fallait la réunion de sociologues, de philosophes, de médecins, de jurisconsultes, etc... Nous ne pouvons que nous réjouir de voir réalisé aujourd'hui le projet voté au Congrès de Paris en 1889, et nous avons pour premier devoir de remercier M. le Dr Dubois-Havenith qui a créé cette occasion de la recherche en commun de la solution que comporte ce problème d'une si importante acuité.

Ce n'est pas nous-même qui avons choisi la question que nous allons tenter d'exposer devant vous. C'est notre distingué secrétaire général qui nous l'a assignée ; et, entraîné par sa foi ardente dans la recherche du Vrai et du Mieux, nous ne nous sommes pas récusé quand il nous a fait l'honneur de nous demander d'unir nos efforts, si faibles les sentions-nous, aux siens, aux vôtres, Messieurs.

En tout cas, ce n'est pas une œuvre de parti-pris que nous venons accomplir en vous communiquant le résultat de nos méditations et de nos observations, recherches que nous nous sommes efforcé de rendre rigoureusement exactes avec la seule préoccupation de contribuer à trouver une solution proche de la vérité.

C'est, en effet, la réalité même qu'il s'agit d'atteindre ; c'est elle seule qu'il importe de connaître pour tout être de bonne foi, aspirant, non pas à faire son devoir, cela va de soi, mais à savoir, d'une manière précise, où est ce devoir : Or, ici, le devoir est de découvrir la vérité, c'est-à-dire ce qui peut être le plus utile le plus bienfaisant au plus grand nombre sans nuire aux autres.

Puisqu'on s'était adressé à des praticiens, à des médecins, c'étaient bien les faits qu'on voulait avant tout scruter et interroger. Nous sommes, en effet, à même de connaître certaines particularités autrement que par les théories séduisantes et captieuses, autrement que par les conceptions humanitaires faisant surtout honneur à l'imagination et à la bonté de leurs auteurs, mais cor-

(1) Rapport de M. le D. Barthélemy à la Conférence internationale de Bruxelles (1899).

respondant mal à ce qu'on observe dans la pratique. Nous sommes quotidiennement aux prises avec le fléau ; nous en constatons les méfaits variés, nous pouvons en attester la fréquence et la gravité, nous qui sommes les témoins et les confidents attristés des désastres, qui en saisissons les causes souvent dissimulées par nous, soit par délicatesse, soit par crainte de complications, de nouveaux malheurs qui ne remédieraient pas aux autres, soit enfin par ménagement des susceptibilités les plus respectables, c'est-à-dire par secret professionnel. Mais le fait est que c'est à nous médecins, et non pas aux administrateurs, aux jurisconsultes, ni aux philosophes, si éminents soient-ils, qu'on vient confier le secret de ces sortes de misères, de souffrances, d'angoisses.

Puisqu'il fallait rechercher avec la plus entière impartialité les enseignements fournis par l'observation, nous avons fait relever tous les cas, sans exception, de notre service de Saint-Lazare, qui avaient été notés, longtemps avant qu'il fût question d'une Conférence comme celle-ci, non pour les besoins de la cause, mais sans visée préconçue, au pur hasard de la clinique courante et des arrivées, lesquelles échappent totalement à l'influence des médecins traitants. Nous soignons les malades qui nous sont amenées et nous les renvoyons dès qu'elles ne sont plus contagieuses, sans avoir la préoccupation d'aucune mesure administrative, ne tenant qu'à la seule responsabilité médicale et scientifique.

Il y a à Saint-Lazare cinq services, trois de médecine, deux de chirurgie, établis sur le même plan et appelés à agir sur des classes identiques de malades. Par la connaissance de ce qui se passe dans l'un de ces services, on est donc renseigné d'une manière presque complète sur les autres, et on peut, en généralisant les résultats, acquérir des données précises sur l'ensemble du plus important rouage administratif de France, au point de vue spécial auquel nous nous plaçons ici.

Pour assurer complètement et l'exactitude et la sincérité de ces recherches, nous avons tenu à faire faire le relevé de nos observations par nos amis et élèves, MM. les docteurs Jacques et Bizard, deux de nos collaborateurs, bien connus pour inspirer toute confiance, agissant dans la plénitude de leur indépendance, et sans même qu'ils connussent le but en vue duquel nous pouvions ultérieurement utiliser leur travail. Du reste, l'une de ces statistiques a été dressée par le Dr Jacques pour le Congrès de Lyon en 1894, longtemps avant, par conséquent, qu'il pût être question de la Conférence actuelle.

II.

Ces réserves bien établies, examinons si « *les systèmes de réglementation actuellement en vigueur ont une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes* ».

Mais, d'abord, quels sont les systèmes de réglementation *actuellement en vigueur* en France, et notamment à Paris ? Car le système est tout à fait variable selon qu'il s'agit de grandes villes ou de simples bourgades, dans lesquelles la connaissance directe des prostituées, leur surveillance et même leur expulsion sont faciles, par simple arrêté du maire. Comment et en quoi ces systèmes peuvent-ils propager les maladies vénériennes ? Ils inspirent de la sécurité aux hommes qui sont moins circonspects ; ils épouvantent les filles qui, même malades, n'osent plus venir demander aide et assistance ; ils désignent à la confiance publique certaines femmes plutôt que certaines autres ; il est évident que si celles-ci deviennent contagieuses, elles propageront un plus grand nombre de maladies que telle autre fille (à peine connue de quelques hommes, toujours les mêmes) perdue dans la foule, sans rayonnement sexuel considérable et ayant d'autant moins d'attraction qu'on sait qu'on ne l'approche qu'à ses risques et périls.

L'exploration est partout faite par des praticiens spéciaux et il y a longtemps que sont prises les précautions antiseptiques suffisantes pour qu'aucune contamination puisse provenir du fait d'instruments, d'examens, de pansement ou de cautérisations ; et, à notre connaissance, aucun accident de ce genre n'a eu lieu.

Quant aux cas intérieurs, à Saint-Lazare, par exemple, nous ne nous rappelons pas en avoir vu un seul depuis dix ans que nous y sommes, tandis que nous nous souvenons d'en avoir observé dans d'autres hôpitaux, dus à l'imprudence de malades, voisins de malades syphilitiques.

Les femmes groupées sont hebdomadairement visitées dans leurs maisons respectives ; c'est là que les visites médicales sont les plus fréquentes et que le péril, sans être nul, est réduit au minimum. Ces visites pourraient et devraient être plus fréquentes encore, puisqu'il est évident que la sécurité est directement proportionnelle à la régularité et au nombre des visites, non moins qu'au soin avec lequel elles sont pratiquées et à la COMPÉTENCE de ceux qui sont appelés à faire les visites et les pansements curateurs et protecteurs. On ne voit pas ce qui empêcherait de rendre ces visites quotidiennes.

Nos statistiques portent sur 677 insoumises et sur 163 soumises. Or, sur ce total de 840 prostituées, traitées par nous depuis huit années que nous sommes chef de service, il n'y a que sept femmes de maison, dont deux seulement étaient syphilitiques. Il est évident que ce chiffre n'est nullement en rapport avec le nombre réel des maladies vénériennes qui ont pris naissance dans ces maisons. Ces femmes, par le fait même de leur soumission aux règlements imposés par l'hygiène, ont droit à une atténuation de réglementation et sont autorisées à se faire traiter directement et à domicile, aux frais de leur maison. Peut-être y aurait-il des contrôles à établir pour que la possibilité de nouvelles relations sexuelles fût bien empêchée jusqu'à ce que toute contagiosité ait disparu. *Il faut* que la malade soit guérie sans récidive immédiate possible (et c'est maintenant facile de s'en assurer, grâce aux examens bactériologiques) s'il s'agit de blennorrhagie, et avant que soient écoulés les mois de grande contagion et de traitement intensif, s'il s'agit de syphilis. *Il faut* que toutes ces femmes ne reçoivent le permis de reprendre leur vie habituelle qu'après la disparition absolue de tout élément contagieux. Toujours est-il que le nombre des hommes contaminés dans les maisons publiques est relativement fort peu considérable ; il ne m'en souvient pour ma part que de cinq ; deux étaient littéralement indignés ; l'un d'eux, syphilisé, voulait aller brûler la cervelle au préfet de police pour le punir de n'avoir pas assuré une suffisante surveillance dans un des services dont il a la direction et par conséquent la responsabilité. J'ai eu l'occasion de constater à Saint-Lazare que les filles de maison sont bien plus propres bien plus soigneuses que les autres. Ces autres sont les *prostituées éparses*, soumises et insoumises.

Les femmes soumises sont visitées trop rarement et le service est mal assuré, en ce sens que ce sont surtout les filles bien portantes qui n'omettent pas de passer leurs visites.

Un certain nombre parmi les autres se servent de divers subterfuges pour y échapper et s'y soustraient, en effet, bien plus souvent qu'on ne le croit communément. Il n'est donc que justice de déclarer que, dans l'état actuel des choses, le mal vénérien est combattu sans méthode et insuffisamment, et que le système actuellement en vigueur est défectueux à la fois en théorie et en pratique.

Le système de défense contre la syphilis sera incomplet tant qu'il n'y aura qu'un dispensaire unique, dont les femmes sont trop éloignées pour pouvoir (sans perdre trop de temps ou même d'argent, voitures, etc.) facilement y venir toutes, régulièrement,

surtout quand elles sont malades. Le public croit, au contraire, que ce service est très facile ; que, les femmes ayant un intérêt professionnel direct à être bien portantes, il n'y a pour ainsi dire pas de réfractaires et qu'il peut, sans aucune crainte comme sans danger, avoir commerce avec elles : c'est là que gît le péril ; c'est cette sécurité qui est redoutable, l'homme négligent de prendre aucune des précautions habituelles.

Il y a du vrai dans cette allégation ; mais, Messieurs, moins qu'on ne croit ; car telle est l'insouciance des hommes ou telle leur ignorance que, même prévenus par la femme qu'il y a lésion, voire même lorsque ces lésions sont considérables et visibles pour les yeux les moins expérimentés, le coït volontaire est consommé, en dépit parfois des réserves les plus nettes de la femme. L'homme, en état d'éréthisme, espère toujours qu'il aura la chance d'échapper au mal ; ou bien, en dépit de la maladie menaçante, faut-il penser que l'appétit sexuel est parfois si impérieux et si obnubilant ? Rappelez-vous ce qu'en disait déjà autrefois Lucrèce dans son admirable invocation à la mère du peuple romain, Alma Vénus, joie des hommes et des dieux :..... « Alors les êtres les plus paisibles ne se connaissent plus ; chacun d'eux, embrasé de tes feux, te suit avec transport en quelque lieu que tu le mènes, ô souveraine unique de la nature.

. . . . . ita capta lepore
Te sequitur cupide, quo quamque inducere pergis ;
Quæ quoniam rerum naturam sola gubernas. »

Toujours est-il que voici ce que nous avons pu noter bien souvent : Nous adressions à des femmes des reproches de s'être livrées dans un état de maladie aussi contagieux. Or, il nous était déclaré qu'un certain nombre d'hommes les interrogeaient sur leur santé, les inspectaient, remarquaient les lésions, s'informaient même de ce que cela pouvait bien être : « Je n'en sais trop rien, répondait l'une ; ça ne me fait pas mal, disait l'autre ; c'est de l'échauffement depuis mes dernières règles, ajoutait celle-ci..... » Et sans autre façon, en dépit de réponses aussi évasives, les hommes s'exposaient au danger vénérien dont parfois l'influence nocive a pu se faire sentir pendant toute leur existence..... Nous verrons plus loin que l'inconscience de certaines femmes n'est pas moins stupéfiante que l'indifférence ou que l'ignorance des hommes. Et pourtant les maisons surveillées sont maintenant de plus en plus remplacées par d'autres où les visiteurs doivent seuls veiller sur leur santé !

II

Cela dit, sur nos 840 prostituées, 206 *étaient soumises et effectivement surveillées.*

1° Sur ces 206 femmes soumises, 153 *étaient syphilitiques.* Mais, sur ce nombre, 43 avaient passé toute la période contagieuse comme insoumises ; leur histoire sera donc mieux à sa place dans le chapitre de la syphilis considérée chez les femmes insoumises. *Dix* seulement d'entre elles étaient syphilisées depuis plus de trois ans déjà quand elles furent mises en carte, et c'étaient les plus récemment contaminées de ce groupe. 100 femmes seulement sur 206 furent donc vraiment syphilitiques au point de vue où nous nous plaçons ici. Sur ce nombre, 78 ont été mises en carte avant tout accident spécifique, mais 20 femmes furent syphilisées presqu'immédiatement et avant la fin de leur première année de prostitution. La syphilis n'est venue que plus tard pour 53 d'entre elles, moins de quatre années après cette mise en carte.

Deux de ces prostituées invétérées, sans cesser jamais d'exercer ce qu'elles considèrent comme une profession, sans interrompre « leur travail » comme elles disent, ont pu rester indemnes de toute atteinte de syphilis pendant 16 années.

Les 3 autres furent contaminées de cinq à neuf ans après leur début dans la pratique prostitutionnelle ; ou du moins, c'est après ce temps que furent constatées pour la première fois, avec quelque exactitude, les manifestations secondaires de l'infection ; car la présence de l'accident initial est relativement exceptionnelle et n'est signalée que trente-quatre fois sur 410 cas, comme on le verra plus loin dans notre seconde statistique.

22 femmes furent mises en carte à l'occasion même de leur syphilis, ce qui ne veut pas dire du début absolu de la maladie, mais lors de la première constatation certaine de leur infection ; toutefois, il s'agit, dans tous ces cas, de contamination dont le début est inférieur à une année.

Il est démontré par l'observation que pendant la période contagieuse de la syphilis, aucune femme ne cesse volontairement la pratique vénérienne et ne s'arrête spontanément à la pensée de la diffusion indéfinie de son mal. Au contraire, les femmes surveillées, si peu complet que soit leur nombre par rapport à la totalité de celles qui se mettent dans le même cas, ne reçoivent patente nette et libre exercice que lors des périodes de véritable accalmie, le beau temps alternant fréquemment et irrégulièrement avec les brusques apparitions de pernicieux orages durant ces premiers temps de l'infection. C'est précisément là que se

prouve l'utilité des visites fréquentes, attentives, régulières auxquelles sont astreintes les femmes soumises à une surveillance compétente. Elles sont dès lors obligées de se traiter mieux et plus longtemps; car, il ne faut pas croire, j'insiste sur le fait, que si elles n'étaient pas maintenues en traitement obligatoire, elles s'abstiendraient de se prostituer..... il n'en est rien ; ces femmes continueraient à avoir, selon les circonstances et les occasions, des rapports sexuels aussi multipliés qu'il leur serait possible ; elles se soustrairaient seulement à toute médication destinée à les guérir tout en réduisant au minimum le péril qu'elles contiennent en elles-mêmes et échapperaient simplement à toute mise en isolement pendant les périodes par trop redoutables pour le visiteur naïf, imprudent, inexpérimenté, inconscient du danger, *nescius periculi*, affairé, distrait, *impotens sui*, en tout cas incapable de se défendre au moment où il obéit à une impulsion issue plus de la nature que de la débauche : L'intérêt de la société serait d'ailleurs de protéger sa santé même dans ce dernier cas, même contre la volonté momentanée du sujet, comme pour la peste ou le choléra.

2° Enfin 53 *femmes ne sont pas syphilitiques* ou bien n'ont pas de syphilis constatée ou constatable ; et tous les gens expérimentés comprendront que ces deux termes ne sont pas identiques ; car, il est dans le souvenir de chacun de nous bien des cas de syphilis ignorée ou même connue, qui ne sont perceptibles et démontrables que passagèrement, à un moment donné et relativement très court. Si l'observateur n'est pas appelé à cette période, c'est l'inconnu pour l'avenir, c'est l'incertain, sinon pour toujours, du moins pour très longtemps ; c'est l'absence de tout traitement ; et l'on sait que l'absence de traitement suffisant perpétue le plus souvent pendant de très longues années les accidents minimes, éphémères, mais contagieux, des régions buccales et génitales ; c'est donc un réel danger non combattu, sans compter que, s'il n'y a pas de traitement suffisant, les syphilis les plus bénignes au début aboutissent souvent aux accidents les plus réfractaires aux médications, telles que le tabès, la paralysie générale, etc.

Quoi qu'il en soit, sur ces 53 femmes, jamais la syphilis n'a pu être décelée. Quelques-unes portent des stigmates de l'hérédité syphilitique et de l'hérédo-syphilis ; d'autres ont pu avoir la syphilis conceptionnelle ; celles-ci ont pu être contaminées dans l'enfance, ou bien d'une façon très bénigne (car, heureusement, les cas à jamais bénins de syphilis ne sont pas les plus rares) ; d'autres, enfin, se prostituent depuis trop peu de temps, ayant demandé spontanément leur carte, dès leur début dans la pros-

titution, soit pour pouvoir exercer leur métier plus paisiblement, sans tracas, alertes ni vexations, soit pour entrer directement de la maison paternelle dans la maison publique, où, naturellement, la carte administrative est toujours exigée.

Permettez-moi, à ce sujet, de vous signaler qu'un nombre relativement important de filles se livrent froidement, sans entraînement spécial, de propos délibéré, à la prostitution publique, les unes le lendemain, quelques-unes le jour même de leur défloration, celle-ci ayant été la plupart du temps volontaire et vénale. Une d'elles, fille d'un agent, est restée vierge jusqu'à l'âge de 27 ans, époque de la mort de son père dont elle tenait le ménage. Restée sans ressources, ne connaissant pas de métier avec lequel elle pût subvenir à ses besoins, elle se prostitua du jour au lendemain ; moins de six mois après, elle avait la syphilis. Une autre fut dans le même cas pour se procurer la morphine dont elle avait la passion. Nous ne pouvons ajouter sans émotion qu'une autre, orpheline, l'aînée de plusieurs enfants, ne trouva pas d'autre moyen pour soutenir ses frères et sœurs.

III

Sur 840 prostituées, 634 sont insoumises. En y ajoutant les 53 filles soumises qui ont passé dans l'insoumission la période contagieuse de la syphilis, nous arrivons au total de 687 insoumises, sur lesquelles nous comptons 314 + 53 = 367 syphilitiques : soit un peu moins de la moitié, tandis que sur 203 — 53 = 150 soumises, nous avons 100 syphilitiques, soit les deux tiers. Mais le péril vénérien est bien autrement menaçant dans le premier cas que dans le second, les filles soumises étant rapidement isolées à toute récidive, et les insoumises étant bien plus nombreuses.

Ces dernières, de plus, ont presque toutes pratiqué la prostitution tout autant qu'avant d'être malades, c'est-à-dire professionnellement et plusieurs fois par jour ; et pourtant, atteintes de chancres ou beaucoup plus souvent de syphilides secondaires florides et multiples, elles se trouvaient en pleine période de contagion.

Une seule de ces femmes a contracté la syphilis avec son amant, n'ayant pas de relations sexuelles avec d'autres hommes, et est restée avec cet amant sans se prostituer longtemps, soit un peu plus de deux ans, après avoir été contaminée par lui. Quatre disent avoir cessé toutes relations sexuelles et avoir suivi un traitement sérieux (?) tant qu'elles eurent des accidents contagieux (??). Une femme s'est prostituée très tard, à l'âge de 40 ans, après la mort de son mari ; elle est porteuse d'une vaste syphilide

encore en évolution et dont le début remonte à sa prime jeunesse.

Toutes les autres, en dépit d'accidents dont elles ne semblent pas ignorer la nature contagieuse, mais, il faut le dire, dont elles ne saisissent nullement la gravité, ont continué à se prostituer, voyant chaque jour de 3 à 5 hommes. Un assez grand nombre avaient à leur arrivée les lèvres et la vulve couvertes de syphilides secondaires érosives et suintantes, quelques-unes exubérantes et hypertrophiques, et ont vu (ce serait à peine croyable si ce n'était absolument vrai) ce même nombre d'hommes l'avant-veille encore du jour où, contraintes et forcées, elles entraient à Saint-Lazare, c'est-à-dire le jour même de leur privation de liberté... Mais la voilà, s'écriera-t-on, la véritable cause de la diffusion du mal : elle est tout entière dans la terreur qu'ont les femmes de venir spontanément avouer une maladie qui les expose à être séquestrées du jour au lendemain pendant un temps dont elles ne peuvent pas mesurer à l'avance la durée. Si les femmes ne se sentaient pas ainsi menacées dans leur liberté — ce qui a toutes sortes de conséquences fâcheuses pour elles, pour leur domicile, leurs meubles, vêtements, etc.; — elles accourraient, à la première alerte, aux dispensaires, réclamer des soins dont elles sont les premières à comprendre la nécessité et le bienfait. Et voilà encore une raison pour laquelle la réglementation constitue une cause de propagation des maladies vénériennes. Eh bien, Messieurs, nous pensons que c'est là une vue théorique, une hypothèse, une illusion que peuvent seules soutenir des personnes, excellentes de cœur et d'intentions, mais ne connaissant que fort incomplètement le personnel où se recrute la prostitution active. En fait, aucune de ces malades ne se livrera une fois de moins et elle ne cessera que quand elle sera placée dans l'impossibilité matérielle absolue de continuer. Et, si contagieuse soit-elle, *aucune*, si elle venait à être libre, ne consentirait à s'isoler et à s'abstenir par la crainte ridicule de propager leur mal.

En plus de nos 314, ou, si l'on ajoute les 53 cas dont nous avons parlé, de nos 367 syphilitiques, nous trouvons une vingtaine de cas de chancrelles. Toutes les autres, plus de 400, sont atteintes de la plus fréquente des maladies vénériennes, de la blennorrhagie, dont le dixième des cas à peine est constitué par les formes aiguës, les formes chroniques étant, chez la femme comme chez l'homme, de beaucoup les plus répandues et les plus tenaces.

Mais, au point de vue de la syphilis, nous verrons plus loin que bien peu de ces malheureuses perdront pour attendre et que les prostituées sont presque toutes fatalement vouées à la contracter, à en souffrir et à la propager !

IV

Nous avons pu connaître exactement les âges de 554 prostituées, tant soumises, qu'insoumises, envoyées à Saint-Lazare. Autrefois, avant l'organisation de ce qu'on appelle la *correction*, nous y vîmes deux fillettes de 10 et 11 ans ; on les y avait relativement isolées, bien que ce fussent les plus vicieuses de la salle et qu'il n'y eût rien à leur apprendre ; elles étaient incorruptibles tant elles étaient corrompues : au dehors, elles *travaillaient* ensemble chez une patronne et celle qui n'était pas vénériennement occupée vidait les poches des messieurs. Maintenant, les filles si jeunes sont dirigées dans un autre établissement. Actuellement, la plus jeune avait 15 ans (cet âge est rare) et la plus âgée avait 64 ans, 180 ont de 16 à 20 ans ; 243 de 20 à 40 et 28 seulement ont plus de 40 ans.

En moyenne, ces femmes se sont prostituées quatre ans et demi après la défloration, l'âge moyen de cet acte étant, d'après 379 observations, de 16 ans en province. D'autre part, sur 337 femmes livrées à la prostitution définitive, l'âge moyen est de 21 ans, mais le plus grand nombre est 17 à 19 ans. 188 femmes se sont prostituées entre 13 et 21 ans ; 128 entre 21 et 30 ; 21 après 30 ans.

Dans l'immense majorité des cas, les femmes ne deviennent soumises qu'après avoir été insoumises pendant un certain temps.

Pour 165 de celles-ci, 66 ont été soumises la première année ; 47 la deuxième année de leur début dans la prostitution ; 63 de deux à cinq ans après ; 19 plus de cinq ans après. On peut admettre que les prostituées se livrent pendant trois ans trois quarts comme insoumises et pendant six ans trois quarts comme soumises, soit un temps moyen de neuf ans et demi de prostitution exercée.

Dans notre première statistique, faite en collaboration avec le Dr Jacques, et publiée en 1894, le nombre des syphilitiques était encore plus grand que celui que nous venons d'indiquer, puisque sur 551 malades il y avait déjà 410 syphilitiques. Dans un an environ, nous pourrons compter sur mille prostituées différentes et les statistiques pourront être définitives relativement à ce chiffre de femmes observées dans des conditions identiques. Or, sur nos 531 prostituées atteintes de maladies vénériennes en période de contagion active, il y avait 216 soumises et 325 insoumises, ces dernières entrant donc pour une moyenne de 60 p. c. dans notre statistique vénéréologique.

Le plus grand nombre des maladies vénériennes est donc sans

contestation possible acquis, subi et propagé par les unités de la prostitution non surveillée, non réglementée.

Il ne suffit pas de dire que les prostituées clandestines, étant de dix à quinze fois plus nombreuses que les soumises, doivent forcément compter pour une part beaucoup plus grande dans les statistiques de morbidité spéciale; car, il y a lieu aussi de considérer que fort peu relativement de filles surveillées, surtout dans les maisons, échappent au diagnostic médical et ne tardent guère à être isolées et traitées. Les filles insoumises, au contraire, échappent à tout contrôle pendant un temps parfois très long ; et alors même qu'elles sont ou qu'elles savent être affectées de maladies contagieuses, elles se livrent librement et impunément à la prostitution, propageant leur mal de tous côtés, sans entrave et dans toute l'intensité de leur rayonnement sexuel ; et cela, sans qu'on s'en doute, sans qu'on le sache, sans qu'on y prenne garde, sans qu'on puisse y remédier ni l'empêcher, et elles continuent jusqu'au jour où elles sont prises en flagrant délit, examinées, reconnues contagieuses et dangereuses et où alors elles sont obligatoirement isolées et mises hors d'état de nuire tant à l'individu qu'à la société.

Beaucoup sans doute peuvent ignorer de bonne foi combien elles sont dangereuses pour ceux qui les approchent. Sur 410 syphilitiques, le chancre initial n'a été reconnu que trente-quatre fois : on voit, par ce seul énoncé, combien sont utiles les examens régulièrement et fréquemment répétés qui, seuls, peuvent déceler le début des accidents secondaires, si insidieux, si peu, *trop peu* douloureux et pourtant si virulents, si dangereux par la superficialité et la bénignité apparentes des lésions, par la variété de leurs formes, par l'irrégularité de leurs apparitions, par la brusquerie de leurs récidives et par leur *indolence* même. Que n'est-il permis à un médecin de regretter qu'un mal ne fût pas plus douloureux ? Ce serait bien le cas pour la plupart des accidents secondaires. Que ne font-ils souffrir comme une rage de dents ? Dès lors, l'isolement serait inutile et la syphilis infiniment moins propagée ! Ecoutez les malades « Ça ne me fait pas mal, répond l'une. — Je ne sens rien, dit l'autre. — Je ne sentais presque rien, dit celle-ci. — C'est si peu de chose que je n'ai rien pu donner de bien mauvais ! s'écrie celle-là. — N'est-ce pas. Monsieur, que je ne peux pas donner de mal ? Avec si peu de chose, ce n'est pas possible ! »

Beaucoup ignorent la gravité du mal qu'elles peuvent répandre ; mais le mal n'est pas moins fait. D'autres croient à une simple alerte : « Ça ne m'a duré que quelques jours !.. Ça s'est

passé tout de suite... Je me suis crue guérie... » Telles sont les déclarations que nous entendons quotidiennement.

Ces cas sont si fréquents, si nombreux, si manifestement naïfs, que l'on ne peut en vérité continuer à soutenir de bonne foi que, dans ces conditions, la protection est illusoire et qu'elle contribue, non à enrayer, mais à propager la maladie, pour nous servir des termes même de la proposition officielle.

Nous verrons plus loin comment l'*incubation* des accidents syphilitiques peut aussi être une cause de diffusion du mal.

Certaines femmes ne se prostituent d'ailleurs que temporairement, mais à de nombreuses reprises, systématiquement, quand elles n'ont pas d'ouvrage et chaque fois que leur métier ne va plus. L'une d'elles, au moment où nous écrivons ces lignes, est encore dans notre service atteinte de syphilides contagieuses. Dans le même temps s'y trouvait aussi une femme de vigoureuse constitution, non alcoolique, n'ayant que des syphilides minimes, mais d'autant plus facilement récidivantes, comme il arrive dans ces cas de syphilis bénigne qui n'ont jamais été combattus assez longtemps par des doses suffisantes de mercure. Cette femme est âgée de 64 ans ; elle gagne encore sa vie d'une manière satisfaisante, dit-elle ; or, elle n'a jamais vécu que de son corps sans avoir jamais exercé d'autre profession qu'une fois celle de nourrice, lorsqu'à dix-huit ans elle vint à Paris.

Nous rappelons que la défloration, si elle a lieu à 16 ans en province (que la femme quitte alors pour venir à Paris cacher sa faute) s'effectue en moyenne à 16 ans 1/2 à Paris. L'entrée définitive dans la prostitution professionelle, bien qu'insoumise, suit généralement de 3 1/2 ans la défloration. L'âge moyen de la prostitution serait donc de 19 à 20 ans.

Ce n'est que sur 153 prostituées qu'il nous a été possible d'assigner une date précise au début de l'infection syphilitique. Le rapport moyen entre les âges de prostitution et de syphilis est de trois ans plus un sixième. Le rapport maximum (observé trois fois seulement) ayant été de 10, 14, 19 ans. Dans quarante-quatre cas, la syphilis fut contractée l'année même du début de la prostitution ; dans soixante-trois cas, de un à trois ans après ce début ; trente et une fois de trois à cinq ans, et douze fois de cinq à dix ans. Il résulte de ces recherches que fort peu des femmes qui pratiquent habituellement la prostitution échappent plus de trois ans et demi à la syphilis, exception faite, bien entendu pour les réfractaires (tels sont trois cas d'hérédo-syphilis, un cas de syphilis conceptionnelle par exemple).

Si l'âge moyen de la prostitution, non de la défloration, est de

19 ans et demi, l'âge moyen du début de la syphilis serait donc de 23 ans.

Admettant que la période des accidents contagieux secondaires récidivants ait une moyenne de trois à quatre ans, on pourrait dire approximativement, que, vers l'âge de 27 ou 28 ans, la prostituée ne transmet généralement plus la syphilis ; est-il besoin de faire une réserve pour les autres maladies vénériennes ?

Ainsi, c'est de 17 à 25 ans que le danger est le plus intensif. Or, c'est précisément durant cette période de son existence que cette catégorie de femmes se livre le plus activement à la prostitution clandestine. C'est aussi l'époque où la femme est plus jeune, plus insouciante, plus libre de son temps, plus vibrante, plus jolie, plus attirante si l'on veut ; et c'est précisément à cet âge qu'elle est insoumise et, par cela même, pour beaucoup d'hommes, d'autant plus séduisante.

La conclusion de ces constatations est celle-ci : *c'est pendant leur minorité que le plus grand nombre des femmes se trouvent dans les conditions de santé les plus fâcheuses* pour tout le monde. C'est donc une erreur véritable d'exiger de l'administration que soit attendu l'âge de la majorité avant de mettre en carte une femme, soit qu'elle-même, soit que ses parents réclament la dite carte. Il faut tenir compte de l'état des mœurs et de l'état de santé plus que de l'âge et de la majorité. A cette époque, la contagion diminue déjà et le péril n'est plus pour la société aussi intense que deux ans auparavant.

Ultérieurement, la femme se soumet, parfois de gré, parfois de force, à la réglementation. Mais alors la période la plus contagieuse du mal est passée.

Tous ces faits mis en lumière par la statistique et concordant avec les observations de la clinique, prouvent combien est considérable le nombre de cas de syphilis qui, dans l'état actuel des choses et avec un système de défense aussi incomplet, échappent à toute surveillance, par conséquent, à toute médication.

Donc, dans les périodes les plus dangereuses et les plus contagieuses, la surveillance est insuffisante et il n'est pas surprenant que la préservation sanitaire de la société laisse grandement à désirer.

On a dit : Faites des conférences, éclairez les populations sur les conséquences du péril vénérien et vous n'aurez plus besoin de surveiller les prostituées, chacun étant averti fera sa police lui-même. C'est là un argument théorique, mais dont la pratique démontre la faiblesse. Les personnes instruites du danger s'y ex-

posent tout de même, espérant échapper, voilà ce qu'on observe. Les étudiants, les élèves des Écoles sont instruits de toutes ces misères ; ils n'y échappent pas. Qui est plus informé, plus prévenu que l'étudiant en médecine ? Eh bien, il est aussi atteint que les autres. Chacun connaît l'histoire de ce médecin qui ne put résister aux charmes d'une amie qu'il savait malade. Il s'exposa, fut atteint, et mourut quinze ans plus tard d'une encéphalite diffuse, conséquence de la syphilis ainsi contractée !

VI

Actuellement, le mode de défense contre la syphilis des sociétés civilisées est manifestement défectueux. Mais, si incomplet soit-il, il est loin d'être inutile.

Cette conclusion dérive des statistiques précédentes, dont les résultats doivent être, pour Saint-Lazare seul, multipliés par 5, et démontrent combien est grande la quantité de femmes faisant métier de se livrer contre argent à tout venant, c'est-à-dire pratiquant la prostitution ouvertement, sans relâche, avec la plus parfaite ignorance de leur mal, dans la plus complète insouciance, sans la moindre animosité, et cela pendant la période active de la contagion. Et notez qu'il s'agit, non de simples affections locales de cause vénérienne, mais de cette redoutable syphilis qui constitue une des causes principales et des plus incontestables de la déchéance individuelle et générale des races humaines contemporaines ! Soit dit en passant, la folie en est souvent une conséquence.

La syphilis, avons-nous dit, est peu douloureuse ; mais comment sa victime, lorsqu'elle souffre de céphalée ou d'iritis, par exemple, peut-elle croire, dans son incompétence médicale, que ses souffrances de tête lui sont occasionnées par la minime et indolente lésion qu'elle a eue aux régions génitales quelques semaines ou quelques mois auparavant ? Toute lésion qui n'occupe pas les organes sexuels n'est pas syphilitique, de même que l'est toute lésion des régions génitales : telles sont les croyances populaires. On peut juger quelles conséquences fâcheuses peuvent avoir des notions aussi erronées et aussi répandues. Mais, même dans les classes élevées de la prostitution, les femmes sont vraiment de bien mauvais juges en ce qui concerne la santé sexuelle : Une de ces dames nous consultant pour des lésions qui la gênaient dans les fonctions sexuelles : « Je crains, disait-elle, d'avoir fait une faute de politesse. » Et voilà tout ! C'est peu quand on a donné la syphilis !

Un autre fait, qui nous est personnel, démontrera encore la lé-

gèreté de certaines femmes ; nous ne nous plaçons bien entendu ici qu'au point de vue de la santé.

Une de ces personnes qui font métier de prostitution libre avait les parties génitales couvertes de lésions érosives des plus dangereuses et des plus mal placées pour que la contagion ne puisse manquer de s'exercer. Nous lui faisons les pansements, les prescriptions et les recommandations appropriées en insistant sur le danger réel que font courir actuellement les rapports sexuels avec elle et sur la nécessité pour elle de s'abstenir complètement... Elle nous offrait des honoraires ; nous la prions de garder son argent pour payer ses médicaments, etc., et pour se guérir mieux et plus vite..... C'est alors qu'afin de nous prouver sa gratitude, elle nous fait comprendre quelle se met à notre entière disposition....

Nous pouvons juger par là, Messieurs, quelle imprudence il y aurait pour la collectivité à abandonner la direction d'un traitement curateur et épurateur au discernement et à la volonté de prostituées en état de syphilis jeune. Ah ! s'il ne s'agissait que d'une lésion locale ou d'une affection bénigne comme on le croit communément, d'un petit chancre indolent, cause seulement de quelques écorchures simplement « mal placées », accompagnées ou suivies de certains légers inconvénients parfois gênants par leurs récidives intempestives, on pourrait dire avec un conseiller municipal, qui n'est pas de Paris, je me hâte de le déclarer : « La vérole, je l'ai eue onze fois, et je ne m'en porte pas plus mal ! » S'il ne s'agissait que de lésions locales minimes, ce ne serait vraiment pas la peine de créer aux gens tant d'embarras et les empêcher de... danser en rond... Mais vous avez entendu, Messieurs, les Maîtres de la Science vous exposer le bilan social des maladies vénériennes... (1).

Et savez-vous qui souffre le plus de ces infections dépressives ? Ce sont les populations pauvres et laborieuses, et tous ceux qui manquent des conseils opportuns, c'est-à-dire ceux qui n'ont ni le temps ni l'argent nécessaires pour se traiter et pour assurer l'avenir de leur santé et de leur famille. C'est à ce dernier point de vue encore qu'il convient de considérer la syphilis comme un fléau social : d'un côté, elle empêche l'ouvrier de fournir sa part de travail utile ; d'un autre côté, elle surcharge d'impôts la société, obligée de venir en aide à tout un cortège de misères et de souffrances, lesquelles sont, dans une grande proportion, des maladies évitables.

(1) Voir les rapports de MM. les Prof. A. Fournier et Neisser « Sur les Dangers sociaux de la Syphilis et de la Blennorrhagie ».

Les déplorables conséquences de la syphilis sont, en effet, susceptibles d'être considérablement diminuées de nombre et atténuées de violence par un traitement méthodique prolongé et régulièrement fait, surtout dès le début de l'infection, grâce à ces injections intra-musculaires très précieuses, couramment pratiquées aujourd'hui, dans l'épaisseur des muscles. En attendant que l'immunisation ou la vaccination soient réalisées, il n'y a pour l'instant rien de plus profondément protecteur et de plus épurateur à longue échéance que les injections de préparations mercurielles, *à condition qu'elles soient insolubles*, quoi qu'en disent certains médecins d'expérience limitée, comme le prouvent déjà un si grand nombre de merveilleux résultats obtenus dans le présent, et comme le démontrera péremptoirement l'avenir.

Les malades sont parfois d'une incroyable insouciance, se refusant à comprendre la gravité de l'infection, et poussant l'imprudence à l'extrême, négligeant de se traiter tant qu'ils ne sont pas couverts ou atteints de manifestations spécifiques. Et beaucoup semblent d'abord prendre pour une mauvaise plaisanterie la proposition du médecin voulant guérir une lésion de la langue ou de l'œil, par exemple, en faisant une série d'injections intra-fessières. Il n'est, du reste, nullement besoin d'être femme ou prostituée pour mal se soigner, et beaucoup d'hommes ne suivent que fort incomplètement leur traitement ; de là, tant d'accidents graves que l'on observe longtemps après le chancre initial ; de là aussi tant de contagions conjugales.

Vous savez, d'ailleurs, Messieurs, que le plus grand nombre des victimes ne se trouve pas parmi les sujets les plus débauchés, mais le plus souvent parmi les plus simples, les plus naïfs, les plus malchanceux et les moins expérimentés.

Les enfants, les innocents sont fréquemment frappés et en souffrent d'autant plus profondément que le virus intervient à un moment où l'organisme est en état de formation et de développement ; et nous ne faisons pas seulement allusion ici aux hérédités spécifiques et aux hérédo-syphilis dont notre éminent maître le professeur Fournier vous a retracé les désastreuses conséquences ; mais nous parlons de ces cas, plus fréquents qu'on ne croit, de syphilis transmise dans les familles les plus correctes directement, par accident ou par la plus inconcevable des fatalités. Tels sont ces enfants dont j'ai observé trois exemples différents ; l'un, notamment, sur une fillette, pourtant très soignée et surveillée, âgée de 4 ou 5 ans, et appartenant par sa famille aux classes les plus élevées de la société ; l'enfant joue aux Champs-Elysées, tombe et s'écorche le genou ; la petite bonne enlève la poussière

de la plaie avec son mouchoir mouillé de sa salive... la cicatrice se fait, puis se rouvre ; bref, il y eut chancre du genou ; et rien ne pourra plus empêcher que cette jeune fille, bien que vierge et chaste, ne soit à 18 ans, un vétéran de la syphilis ! Or, l'enquête montra que, seule des domestiques, la petite bonne était en état de syphilis contagieuse, ayant été contaminée par un de ses compatriotes, soldat caserné non loin des boulevards extérieurs où il avait été lui-même infecté peu de temps après son arrivée à Paris. Une fois de plus, il est démontré que, dans l'état actuel des choses, personne, si vertueux soit-on et à quelque classe de la société qu'on appartienne, ne peut se sentir, pour soi ou pour les siens, absolument à l'abri du danger syphilitique ; la conclusion est toujours la même : *qu'on assainisse le trottoir, l'on assainira et protégera tout le reste.*

Ce n'est pas le lieu de multiplier les exemples qui se présentent en masse à nos souvenirs (dans une foule, baiser de surprise à la nuque, syphilis deux mois après, etc.) ; nous nous bornerons à rappeler seulement ceux qui nous ont particulièrement impressionné, à savoir : L'observation du Dr Burlureaux qui put, par une enquête minutieuse et approfondie, s'assurer que c'était bien une seule et même femme, employée de marchand de vins installé en face de la caserne, qui avait contaminé trente-cinq soldats du même bataillon ! Plusieurs de ces hommes eurent par la suite des accidents de syphilis cérébrale et spinale, bien que la contamination ait eu lieu presque dans le même temps et à une même source qui donna à d'autres une infection relativement bénigne.

Tel encore le cas de ce jeune étudiant en droit qui, par les baisers de la plus chaste affection, contamina et sa jeune sœur et sa grand'mère, pauvre vieille dame des plus respectables ; ce qui ne l'empêcha pas de succomber, deux ou trois ans après, à une thrombose cérébrale d'origine syphilitique.

Tels ces cas de syphilis, peu rares, croyez-le bien, de syphilis acquise chez le barbier, par le mari qui, sans défiance contre une lésion ayant cette origine certaine, contamine sa femme et deux de ses enfants, lesquels infectent à leur tour deux jeunes camarades ; ce qui donne lieu à une petite épidémie de maison, sinon de quartier et de village comme l'a montré le Dr Lardier dans son étude sur les « Vénériens des champs ».

Qu'il nous soit permis de rapporter un cas qui, pour s'être présenté il y a dix ans, nous trouve encore indigné : Un riche étranger, venu à Paris pour l'Exposition de 1889, était porteur d'un chancre dont l'incubation se fit pendant la traversée. Or, en dépit des avis les plus pressants, il nous fut impossible d'obtenir

que ce monsieur ne prît tous les soirs une compagne nouvelle : « Je ne force personne, et je préviens toujours, disait-il, mais j'offre deux cents francs et personne ne refuse ! » Nous exigeâmes que ce cynique personnage ne parût plus chez nous ; nous convenons que ce n'était pas le meilleur moyen de combattre la propagation du mal, mais nous n'avions pas à notre disposition d'autre forme de protestation. Ce n'est d'ailleurs qu'un fait isolé et qui ne peut être mis en balance avec le dangereux et puissant rayonnement sexuel d'une femme, prostituée professionnelle, en état de contagion active.

Le fait suivant est également exceptionnel ; il a une femme pour acteur : « Pourquoi vous a-t-on arrêtée ? » — « Oh, certes, ce n'est pas pour avoir donné deux sous à un pauvre ! Ce que je leur en ai collé, à ces sales hommes, des maladies ! à tous ceux qui venaient, à tous ceux que je pouvais ! tant que j'ai pu encore, et ce n'est pas fini ! Ah ! on me l'a bien fichue, à moi, la maladie ; eh bien, si je suis plombée, je ne serai pas la seule !... »

Qu'on veuille bien réfléchir : une femme reçoit la syphilis d'un inconnu qu'on ne peut atteindre, qu'on ne poursuit pas, qu'on ne punit pas. A son tour, cette malade transmet son mal, sans le diminuer d'ailleurs ; que voulez-vous que cela puisse lui faire ?

Au contraire, les précautions lui portent souvent préjudice et l'intérêt individuel entre en lutte avec l'intérêt général.

Il n'est pas besoin, pour avoir ces sentiments, d'être prostituée ou fille de Saint-Lazare, une demi-mondaine va nous en donner la preuve : Depuis quatre années, une personne avait pour amant un homme marié qui lui donnait 600 francs par mois. Cette somme devenant insuffisante à ses besoins, la dame prit un second amant qui lui donna 400 francs par mois... et, de plus, la syphilis. Le premier amant n'étant pas encore infecté, nous conseillons de le quitter pour qu'il ne puisse pas contaminer sa femme et ses enfants...

Est-il besoin d'ajouter qu'il ne fut tenu aucun compte de notre avis ? La dame tenait avec acharnement à sa mensualité et, bien que se sachant malade et dûment avertie, elle persista à recevoir les deux hommes. — Une autre dame nous répond simplement : « C'est bien difficile de suivre vos recommandations ; jamais on ne m'a tant fait la cour ! »

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

La Chirurgie et la « Fécondité » de Zola. — M. Zola, dans *Fécondité*, vient de se faire le défenseur de la famille et d'aborder le problème de la *Dépopulation* dans notre pays. La question est magistralement résolue. Mais, sur quelques points spéciaux, le génial écrivain a été un peu trop loin, sans doute faute d'informations précises.

Ce n'est pas seulement, en effet, la prostitution que M. Zola accuse : c'est aussi la *Science Chirurgicale*, se mettant au service des femmes qui, pour s'assurer l'infécondité, par calcul d'économie ou de débauche, ne craignent pas de faire supprimer en elles les éléments de la maternité. Il nous conduit à l'hôpital, où le médecin qui prenait la responsabilité de telles opérations régnait en maître tout-puissant et glorifié, comme l'a fait remarquer G. Deschamps. — Ici M. Zola s'exagère beaucoup le chiffre d'opérations, en faisant dire au Dr Boutan, qui représente dans le roman la raison et la logique : « Dans les hôpitaux, on en châtre de deux à trois mille par an. Le chiffre est au moins du double dans les cliniques particulières, où il n'y a ni témoins gênants, ni contrôle d'aucune sorte. Rien qu'à Paris, depuis quinze ans, le nombre des opérations a dû être de trente à quarante mille. Enfin, on estime à cinq cent mille, à un demi-million, les femmes de France dont on a fauché, arraché la fleur de maternité, comme une herbe mauvaise.... »

Ces affirmations sont parfaitement *inexactes*, et les chiffres sont tout à fait fantaisistes. Rien ne serait plus simple que de le démontrer. D'autre part, qu'il y ait dans le corps chirurgical français des opérateurs sans vergogne, cela n'est pas discutable. Mais il faut redire que ces « criminels » sont rares, très rares même, et que la masse des praticiens modestes les connaît fort bien de réputation. (*Gaz. méd. de Paris.*)

FORMULAIRE

Formulaire de la valériane.

(Yvon.)

Bois de valériane.

Poudre de valériane..... 0 gr. 25
— de cannelle..... 0 gr. 05
Miel Q. S. pour un bol, dose 4 à 20 par jour et plus.

Electuaire d'extrait de valériane.

Extrait de valériane..... 20 gr.
Poudre de valériane..... 20 gr.
Poudre de feuilles d'oranger, Q. S.
5 à 40 gr. par jour et plus au besoin.

Essence de valériane.

I à II gouttes sur du sucre.

Lavement antispasmodique.

Racine de valériane..... 30 gr.
Faites infuser dans :
Eau bouillante..... 250 gr.
Passez et ajoutez :
Asa fœtida..... 4 gr.
Jaune d'œuf..... n° 1.

Lavement valériane et musc.

Valériane..... 20 gr.
Eau bouillante..... 250 gr.
Faites infuser, passez et ajoutez :
Musc..... 0 gr. 50 à 1 gr.
Jaune d'œuf..... n° 1.

Pilules antihystériques.

Valériane pulvérisé..... 8 gr.
Galbanum..... } ãã 4 gr.
Sagapenum..... }
Asa fœtida..... }
F. s. a. des pilules de 0 gr. 20 : en prendre 3 à 4 par jour.

Pilules antinévralgiques (Roger).

Extrait de valériane..... }
Asa fœtida..... } ãã 0 gr. 50
Galbanum..... }
Castoreum..... }
Pour une pilule, 3 à 4 par jour.

Pilules de valériane et camphre.

Extrait de valériane..... 5 gr.
Camphre pulvérisé..... 1 gr.
Poudre de valériane..... Q. S.
Pour 40 pilules, 1 à 6 par jour.

Pilules de Meglin (Codex).

Extrait de semences de jusquiame..... } ãã 0 gr. 50
Extrait de valériane.... }
Oxyde de zinc..... }
Pour 10 pilules, 2 à 6 par jour.

Potion antispasmodique.

Valériane..... 8 gr.
F. infuser dans eau bouillante..... 150 gr.

Filtrez et ajoutez après refroidissement:
Eau distillée de cannelle.... 60 gr.
Ether sulfurique alcoolisé... 8 gr.
Sirop simple..... 40 gr.

Poudre antiépileptique.

Poudre de valériane.....
— de racine d'armoise..... } ãã 1 gr.
Pour une dose: 1 à 2 par jour.

Poudre antispasmodique.

Poudre de valériane..... 0 gr. 30
— de castoreum..... 0 gr. 10
— d'opium..... 0 gr. 02
Pour une prise: 4 à 10 par jour.

Poudre antispasmodique.

Poudre de valériane..... 0 gr. 50
Oxyde de zinc..... 0 gr. 10
Poudre de belladone..... 0 gr. 02
Pour un paquet. 2 à 3 par jour.

Valérianate d'ammoniaque. — On l'emploie comme antispasmodique et antinévralgique à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 50 centigr. en pilules, lavement. Souvent aussi on l'emploie en solution, associé à l'extrait de valériane.

Pilules.

Valérianate d'ammoniaque... 1 gr.
Extrait de valériane..... 1 gr.
Poudre de valériane..... Q.S.
Pour 40 pilules toluisées renfermant chacune 0 gr. 025 milligr. de sel.

Potion.

Valérianate d'ammoniaque. 1 gr.
Sirop de menthe..... 30 gr.
Eau de tilleul..... 120 gr.
Renferme 0 gr. 10 centigr. de sel par cuillerée à bouche.
2 à 5 par jour.

Lavement.

Racine de valériane.... 10 à 20 gr.
Faites infuser dans :
Eau bouillante..... 300 gr.
Passez et ajoutez :
Valérianate d'ammoniaque..... 0 gr. 25 à 0 gr. 50

Valérianate d'ammoniaque liquide
(Formule Pierlot).

Acide valérianique..... 3 gr.
Carbonate d'ammoniaque.... Q.S.
Pour saturer:
Extrait alcoolique de valériane..... 2 gr.
Eau..... 95 gr.
Prendre: 2 à 3 cuillerées à café par jour.

Valérianate d'atropine. — Dose : 1/2 à 1 milligramme par vingt-quatre heures. On l'administre en granules contenant 1/4 ou 1/2 milligramme ; ou en potion.

Potion.

Valérianate d'atropine 1/2 à 1 millig.
Sirop de sucre..... 2 gr.
Eau de tilleul..... 120 gr.
A prendre par cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Valérianate de quinine. — C'est un sel très employé comme antinévralgique, fébrifuge et antispasmodique. Dose de 0 gr. 30 à 1 gramme par jour.

Lavement.

Valérianate de quinine..... 0 gr. 05 à 1 gr.
Infusion de valérianate..... 150 gr.

Pilules.

Valérianate de quinine..... 2 gr.
Extrait de quinine..... ... Q.S.
Pour 20 pilules contenant chacune 0 gr. 10 centigr. de sel. Dose 2 à 10 par jour.

Potion (Neligen).

Valérianate de quinine..... 0 gr. 30 à 0 gr. 40
Infusion de cascarille..... 125 gr.
A prendre par cuillerée à bouche.

Valérianate de zinc. — C'est un antispasmodique et antinévralgique très employé. Dose: 0 gr. 10 à 0 gr. 40 par jour.

Pilules.

Valérianate de zinc..... 1 gr.
Extrait de belladone..... 0 gr. 10
Miel..... Q. S.
Pour 10 pilules.
Dose: 1 à 4 par jour.

Pilules antinévralgiques.

Valérianate de zinc..... 0 gr. 05
— de quinine.... 0 gr. 10
Extrait d'opium..... 0 gr. 01
— de belladone..... 0 gr. 05
Pour une pilule.
2 à 6 par jour.

Pilules antispasmodiques.

Valérianate de zinc..... 4 gr.
Extrait de jusquiame..... 2 gr.
Sous-nitrate de bismuth..... 2 gr.
Faire 40 pilules : 3 à 4 par jour.

Poudre.

Valérianate de zinc..... 0 gr. 05
Sucre vanillé..... 1 gr.
Pour 1 prise.
1 à 4 par jour.

MÉDICATIONS NOUVELLES

Le sérum antidiphtérique contre la coqueluche. — Décidément le sérum de Behring est une panacée, surtout dans la médecine infantile. Gilbert (de Genève) a obtenu d'excellents résultats dans la coqueluche ; hâtons-nous d'employer le médicament pendant qu'il guérit.

Quoi qu'il en soit, voilà comment M. Gilbert relate les résultats obtenus :

Chez tous les enfants *inoculés*, la marche de la maladie, à partir de l'injection, a été sensiblement la même ; sa *durée* a été considérablement réduite et la deuxième période ou période des quintes n'a jamais duré plus de 8 à 10 jours.

Le *nombre* des quintes a rapidement diminué ; avant l'injection il était de 20 à 30 par 24 heures, mais il est tombé en six à sept jours à 3 ou 4 seulement, avec disparition presque complète de la reprise.

La *violence* de la quinte a aussi subi une heureuse modification.

Dix jours après l'injection, la véritable quinte a fait place à deux ou trois coups de toux dont la thérapeutique courante, et en particulier le *bromoforme*, ont eu très vite raison. Les vomissements ont toujours cessé après les injections.

La quantité *totale* de sérum employé n'a jamais dépassé 10 c. c., c'est-à-dire un flacon officiel, excepté dans les deux cas de diphtérie où la dose a été plus élevée.

La quantité *par injection* a varié entre 2 et 5 c. c. injectés à deux ou trois jours d'intervalle.

On n'a jamais observé le moindre accident local, bien que le flacon n'ait pas été utilisé en entier dans la même séance.

Les accidents secondaires à l'injection du sérum ont été aussi fréquents que dans les cas de diphtérie ; deux fois on a noté de l'urticaire, une fois de l'arthralgie avec érythème noueux, une fois un érythème étendu des fesses et de l'abdomen, une fois une éruption scarlatiforme, une fois une éruption morbilliforme. Dans trois cas sur neuf, il n'est survenu aucune manifestation secondaire.

Traitement des hémorrhagies post-partum par le tamponnement vaginal à travers un spéculum laissé à demeure. — M. Bastian, assistant de M. Vaucher, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Genève, a imaginé pour le traitement des hémorrhagies *post-partum* le procédé suivant dont l'efficacité a été démontrée par l'expérience et qui est d'une exécution facile, même sans l'intervention d'aide.

On commence par introduire dans le vagin un spéculum bivalve, le plus long qu'on possède, et, l'ayant ouvert aussi largement que possible, on procède au tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée ou simplement stérilisée qu'on a soin de bien tasser contre le col et dans les culs-de-sac vaginaux, et dont on remplit tout le vagin jusqu'à l'orifice vulvaire. Le tamponnement terminé, on laisse le spéculum en place. La perte sanguine se trouve généralement arrêtée, de sorte qu'on peut, au besoin, laisser l'accouchée sans surveillance. Au bout de douze heures on retire le spéculum, après avoir extrait une partie du tampon. Vingt-quatre heures plus tard, on enlève le reste de la gaze.

Ce procédé se montrerait efficace contre tous les épanchements de sang *post-partum*, quelle qu'en fût la source. S'agit-il d'hémorrhagie vaginale, le plan résistant de la valve du spéculum presse directement sur le point d'où s'échappe le sang. Si l'hémorrhagie provient du col, le tampon comprime énergiquement les lambeaux de la déchirure cervicale, ainsi que le tronc même de l'artère utérine à la base des ligaments larges. Enfin, lorsqu'on a affaire à l'inertie utérine, le tamponnement en question réunit les avantages des deux procédés qui dans ces derniers temps ont été préconisés contre l'inertie utérine et qui sont la fermeture de l'orifice externe du museau de tanche par l'application d'une ou de plusieurs pinces et les tractions exercées sur l'utérus. Dans le procédé de M. Bastian, le tamponnement vaginal, très serré, oblitère complètement l'orifice du col et, d'autre part, en refoulant l'utérus en haut, il produit une traction sur les ligaments larges et les vaisseaux qu'ils contiennent.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

UN UTÉRUS GRAVIDE HYSTÉRIQUE

Par le Dr Ott, de Lillebonne.

C'est le titre qui me paraît le plus approprié à l'observation qu'on va lire.

En septembre dernier, je suis appelé près d'une femme sur le point d'accoucher. Cette femme va accoucher pour la septième fois. Les sept grossesses précédentes, dont une gémellaire, se sont passées normalement.

La grossesse actuelle n'a présenté rien de particulier. La femme, âgée de 42 ans, est bien constituée à tous les points de vue. Elle a eu antérieurement, à diverses reprises, des crises d'hystérie très nettes ; elle est colère, un peu fantasque, menteuse. Après son accouchement, je retrouvai chez elle les stigmates ordinaires de l'hystérie.

Le ventre est normalement distendu par un utérus près du terme, renfermant un fœtus en O I D A tête mobile au détroit supérieur. La palpation provoque quelques contractions de cet utérus ; ces contractions irrégulières, quant à leur durée et à leur périodicité, n'agissent que sur un segment de l'utérus, celui occupé par le fœtus. Je n'attachai d'abord pas grande importance à ce fait, me contentant de trouver un drôle d'aspect à ces contractions.

Le toucher confirme les données du palper. Le col est mou, on y pénètre aisément ; mais lorsque se produit une contraction, ce col ne bouge pas ; il n'a pas l'air de participer à ces contractions ; il reste mou et ne donne pas cette sensation particulière du col d'un utérus contracté. En même temps, à chaque contraction de l'utérus, celui-ci a l'air de remonter dans le ventre, et le doigt introduit dans le col se trouve décoiffé sans avoir fait le plus petit mouvement de recul. — Deuxième cause d'étonnement pour moi.

Obligé de vaquer à mes occupations professionnelles, je quitte ma malade et la revois le soir. Je la retrouve absolument dans le même état ; les contractions utérines se sont régulièrement succédé, mais l'état du col ne s'est pas modifié d'un iota. En palpant plus longuement la malade, je m'aperçus que de chaque côté de la ligne médiane se trouvaient deux petites zones de la largeur d'une pièce de cinq francs dont la palpation ou le simple contact provoquait instantanément une contraction utérine. Les contractions sont à peine plus longues et plus douloureuses que celles constatées le matin ; elles n'affectent toujours qu'une moitié de l'utérus. Par le palper, combiné au toucher, on perçoit toujours que le col ne se contracte pas et que l'utérus a plutôt l'air de se rétracter sur lui-même. La dilatation n'a pas bougé.

Au milieu de la nuit, je suis rappelé en toute hâte auprès de la malade. Les douleurs ont changé : ce sont maintenant de véritables douleurs d'enfantement ; les contractions sont normales, le col s'est effacé et la dilatation va commencer.

Pas du tout ! à partir du moment où j'arrivai près de la malade, les contractions se transforment insensiblement, pour redevenir ce qu'elles étaient la veille ; contractions douloureuses sans travail utile. Au bout de deux heures, le col est dans le même état qu'à mon arrivée.

L'état de la malade est excellent ; son pouls et sa température sont très bons ; elle urine bien, n'a pas d'albumine, et s'alimente convenablement. Je décide d'attendre et de voir venir.

Pendant deux jours, cet état se prolonge : contractions douloureuses de l'utérus n'intéressant qu'une moitié de l'utérus et ne comprenant pas le col ; dilatation nulle ; production instantanée de contractions par la palpation, la pression ou le simple contact des deux petites zones précédemment citées. Ces zones se trouvent, celle de droite un peu au-dessous du point de Mac Burney, et celle de gauche un peu au-dessus d'un point correspondant.

L'état général reste toujours très bon.

La malade et l'entourage commencent à s'inquiéter, me demandent à grands cris une intervention. J'appelle en consultation mon confrère et ami le Dr Auger, de Bolbec. Nous réexaminons la malade ; toujours le même état ; trois jours de contractions n'ont pas augmenté la dilatabilité du col. Nous décidons de ne pas intervenir, nous contentant d'augmenter la dose quotidienne de bromure que la malade prenait depuis trente-six heures. Le quatrième jour, elle prend donc 12 grammes de bromure.

Le soir, les contractions ont diminué beaucoup, les deux zones hystérogènes sont moins excitables. La nuit est bonne et le lendemain matin tout est rentré dans l'ordre. La malade passe une journée excellente, continue son bromure, et dans la nuit est prise des véritables douleurs de l'enfantement. Après trois heures de travail, elle expulse une fille superbe parfaitement constituée et pleine de vie. Les suites de couches ont été normales.

Tant dans les ouvrages classiques que dans les notes bibliographiques que j'ai pu consulter, je n'ai rien trouvé qui pût se rapprocher de l'observation que je rapporte plus haut. Quelle est la nature exacte de ces contractions ? Je ne sais. J'aurais tendance néanmoins à mettre cela sur le compte de l'hystérie. Elles me paraissent présenter les caractères suivants : Production irrégulière, elles n'intéressent qu'une partie de l'utérus (celui occupé plus spécialement par le fœtus) ; elles peuvent être provoquées à volonté par la compression ou par le simple contact de deux petites zones que j'appellerai volontiers *hystérogènes* ; elles n'intéressent pas le segment inférieur de l'utérus, ni le col ; elles n'ont aucun retentissement sur l'état général et paraissent plutôt être un obstacle à la production des contractions douloureuses normales.

Je livre cette observation à la critique de mes Confrères.

(*Revue médicale de la Normandie*, 25 février 1900.)

DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES DENTS

Par le Dr E. Terrier.

Après un intéressant historique, notre confrère examine les faits que la clinique présente dans la pathologie dentaire des femmes enceintes : friabilité anormale de l'ivoire, tout comme chez les jeunes filles anémiques et chez tous les sujets déprimés par une croissance exagérée ou par le surmenage.

Indépendamment de cette friabilité, le Dr Terrier note une sensibilité dentinaire exagérée et la marche rapide des caries.

Dans un tableau résumant toutes les observations prises à la clinique Baudelocque, il constate que les accidents dentaires se manifestent surtout au début de la grossesse et réapparaissent souvent vers le 9e mois; quelques malades même n'ont jamais souffert que pendant leurs grossesses. Le Dr Terrier a demandé à la chimie l'explication des faits observés.

De ces analyses faites avec M. Gautrelet, il résulte que la dent de la femme enceinte se trouve contenir une proportion de fluorure de calcium notablement moindre (0,58 pour cent) que la dent de la même femme à l'état normal (1,35 à 1,57 pour cent). C'est là un point extrêmement intéressant, puisque le fluorure de calcium est l'élément principal qui donne aux dents leur dureté.

Au contraire, la proportion de phosphate de magnésie est beaucoup plus considérable ; mais ce n'est pas lui qui pourrait contribuer à la solidité de la dent. Ces résultats correspondent au peu de résistance des dents chez les femmes enceintes.

Ces analyses ne sont d'ailleurs que le point de départ de travaux que notre confrère a entrepris sur cette question.

La dent étant ainsi prédisposée à la carie par l'affaiblissement de sa résistance minérale, quelles sont les causes qui l'occasionneront ?

Les unes sont locales : la gingivite (le Dr Terrier rappelle à cet égard les travaux du professeur Pinard et de notre collègue Didsbury), les fermentations acides qu'elle favorise, enfin l'acidité salivaire très fréquente.

Les autres sont générales : modification profonde imprimée à l'organisme par la grossesse, retentissement sur le système nerveux, l'appareil digestif, le foie, les reins, d'où répercussion sur la nutrition générale et plus spécialement sur la nutrition des os et des dents.

Comment prévenir ces accidents? En agissant *sur les causes locales* : extraction du tartre, savonnage des dents, nettoyage méticuleux de la bouche, emploi de dentifrices antiseptiques et alcalins.

Enfin, notre confrère se demande si la nutrition générale ne se trouverait pas bien de l'emploi d'un pain plus riche en acide phosphorique, telle que le pain du système Desgoffe, par exemple,

lequel est plus riche en acide phosphorique, en albumine et en sels que le pain blanc ordinaire.

Le Dr Terrier insiste en outre sur les soins que le spécialiste doit donner aux dents de la femme enceinte : obturations définitives des caries superficielles, obturatious temporaires, après désinfection, des caries profondes ; les extractions sont possibles, mais il faut les éviter aux femmes trop nerveuses ; il faut être réservé sur l'emploi des anesthésiques.

En somme, le Dr Edouard Terrier est l'auteur d'un travail, déjà important en soi, mais qui n'est que la préface d'autres travaux sur cette intéressante question des troubles dentaires dus à la grossesse.

Cette thèse, en appelant l'attention de tous nos confrères sur les soins d'hygiène buccale qu'ils doivent imposer à leurs clientes en état de grossesse, en contribuant moyennant quelques précautions spéciales à détruire le préjugé qui interdisait tout traitement des caries chez les femmes enceintes, cette thèse est utile à tous, au médecin et au spécialiste, et elle rend notre confrère Terrier absolument digne de vos suffrages. Ce sera une excellente recrue pour notre Société.

GYNÉCOLOGIE

DES CYSTITES TUBERCULEUSES CHEZ LA FEMME

Par le Dr Reblaud.

Dans tous les cas de cystite chez la femme on trouve dans les urines un agent microbien.

Cet agent microbien y existe le plus souvent à l'état de pureté. Quand il y a adjonction d'un élément microbien étranger, ce dernier disparaît devant la prédominance de l'autre.

L'espèce microbienne varie d'un cas à l'autre. Dans seize cas, nous avons rencontré six espèces différentes, qui sont : le bacterium pyogenes, le staphylococcus pyogenes, l'urobacillus liquefaciens, le bacillus griseus, le micrococcus albicans amplus et le diplococcus subflavus.

Chez la femme, comme chez l'homme, c'est le bacterium pyogenes que l'on rencontre le plus fréquemment ; mais il est loin d'avoir la prédominance qu'on lui trouve chez l'homme.

Le bacterium pyogenes paraît être le bacterium coli commune modifié par son séjour dans les voies urinaires.

Les microbes,que nous avons isolés dans les urines des femmes atteintes de cystite, sont pathogènes ; ils déterminent la cystite chez le lapin dans des conditions déterminées.

La pénétration pure et simple d'un microbe pathogène dans la vessie ne suffit pas pour donner naissance à une cystite. Les conditions expérimentales nécessaires pour qu'un microbe qui a pénétré dans la vessie, y provoque la cystite, sont : 1° une rétention d'urine plus ou moins prolongée ; 2° un traumatisme ou une solution de continuité de la muqueuse vésicale ; 3° une congestion de cette muqueuse.

Les microorganismes que l'on trouve dans les urines des malades atteintes de cystite se retrouvent dans l'urèthre, dans le vagin, dans le tube intestinal et même dans l'air atmosphérique. Ils y séjournent dans un état de virulence plus ou moins atténuée.

Pour pénétrer dans la vessie, ils peuvent suivre trois voies différentes. Ils peuvent pénétrer : 1° Par l'urèthre ; 2° par effraction à travers les parois ; 3° par le rein. Pour qu'un microbe passe de la circulation générale dans la cavité vésicale, il faut qu'il traverse le filtre rénal, et son passage à travers le rein est toujours accompagné de néphrite.

La clinique réalise toutes les conditions expérimentales reconnues nécessaires pour la production de la cystite.

Dans les cas où ces conditions ne sont pas réalisées, on est obligé d'invoquer la nature du terrain ou la virulence de l'agent pathogène pour établir la pathogénie.

La cystite à gonocoques, si elle existe, est rare chez la femme. La cystite dite blennorrhagique est le fait d'une infection secondaire par l'un des microbes qui habitent normalement le vagin et l'urèthre.

La cystite dite gravidique ne reconnaît pas de pathogénie spéciale. La grossesse n'intervient que comme cause prédisposante par l'état congestif qu'elle entretient dans la vessie et par la rétention d'urine qu'elle peut provoquer.

Il y a deux variétés de cystite puerpérale ; l'une venant à la suite d'une infection puerpérale, elle est exceptionnelle et paraît produite non par le streptococcus pyogenes, mais par le staphylococcus pyogenes. L'autre variété serait mieux appelée cystite *post partum*. L'infection provient soit du dehors, soit du rein, soit plus fréquemment des lochies. Elle est favorisée par l'état congestif, les lésions de la vessie au cours de l'accouchement et les rétentions d'urines consécutives à ce dernier.

La cystite dite primitive de la femme est souvent une cystite tuberculeuse. Dans certain cas, elle paraît être d'origine rénale ; dans d'autres, enfin, elle mérite le nom de cystite génitale. L'agent microbien provient alors du vagin et est transporté dans l'urèthre et la vessie par l'écoulement leucorrhéique.

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE CHEZ LES NULLIPARES

(Bouilly.)

Chez les jeunes nullipares, il n'y a pas de déchirure, pas de dégénérescence sclérokystique. L'orifice externe est étroit. La région moyenne du col est dilatée; il s'y fait une sécrétion visqueuse, adhérente, jaune rougeâtre. Il y a rétention des sécrétions. La cavité cervicale ressemble à un petit baril. Les femmes qui ont des écoulements tenaces, visqueux, adhérents, sont d'ordinaire stériles, elles ont des lésions des culs-de-sac glandulaires, des glandes du col de l'utérus. Ces malades souffrent peu, mais elles ont des pesanteurs dans le bas-ventre. L'affection est-elle d'origine gonorrhéique ? C'est possible.

Que faut-il faire dans ces cas ?

Le *curettage* échoue.

Les *injections antiseptiques* ne font absolument rien.

Les *tampons*, imbibés d'alun ou de tannin, n'ont aucun effet.

Les *topiques*, appliqués sur la muqueuse cervicale, ne réussissent pas souvent. Les lésions glandulaires sont si profondes que l'antisepsie cervicale échoue.

Le *Schrœder* est une opération compliquée, délicate, qui exige des sutures multiples. En somme, c'est une grande opération pour une petite lésion.

Pratiquer l'opération suivante :

Commencer par dilater l'utérus, pendant deux jours. Après lavage et raclage de la cavité utérine, on fixe la lèvre supérieure et intérieure du col et on commence l'opération proprement dite.

Avec un bistouri long et étroit, enlever, sur la demi-circonférence de chaque lèvre, un lambeau muqueux épais de 2, 3 ou 4 millimètres d'épaisseur, suivant la profondeur des lésions, en ayant soin de ne pas toucher aux commissures. On abrase ainsi la muqueuse, de façon à former deux demi-gouttières qui se regardent par leur concavité, et, n'ayant nulle tendance, après cicatrisation, à donner lieu à un rétrécissement. On a soin de conserver un pont de muqueuse sur les parties latérales du col. Cette muqueuse servira d'amorce pour la régénération de la muqueuse. L'orifice externe est largement ouvert.

Comme pansement, et pour prévenir une hémorrhagie post-opératoire — qui s'est quelquefois produite — il faut faire soigneusement un tamponnement à la gaze iodoformée.

ABCÈS DU SEIN CONSÉCUTIF A LA GALE

Par M. Sarda.

G. (Jeanne), 24 ans : Entre le 10 janvier 1900, salle Astruc, n° 7.

Rien de particulier à noter dans les antécédents, personnels. Pas de maladies de l'enfance, ni de l'adolescence. Règles à 12 ans et régulièrement depuis. Pas de leucorrhée. Pleurésie à 20 ans.

Il y a 25 jours, vers le 15 septembre 1899 environ, elle commence à souffrir de la gorge : gêne notable pour avaler, des gargarismes sont ordonnés ; ils n'amènent aucun résultat. Chute des cheveux. Céphalées nocturnes. Apparition, vers le 1er janvier, de nombreuses taches rouges sur tout le corps, au niveau du sein gauche et un peu en dehors du mamelon quelques taches plus sombres un peu surélevées.

En même temps démangeaisons intenses sur tout le corps qui obligent la malade à se gratter constamment ; la peau est éraillée par le grattage en certains points : au niveau des mains et des seins quelques sillons très nets. Les démangeaisons sont plus intenses la nuit que le jour.

La malade déclare n'avoir pas eu de rapports sexuels depuis le mois d'octobre 1899, et ne se souvient pas avoir été malade au niveau des parties génitales.

En décembre, néanmoins, elle couchait avec une de ses compagnes et celle-ci est venue à l'hôpital où on l'a traitée pour la gale.

L'éruption intense, les démangeaisons et un peu de fatigue décident la malade à entrer à l'hôpital.

Examen. — Femme forte, robuste, peu anémiée. Enceinte de sept mois. Fœtus vivant : on peut entendre facilement les bruits du cœur et provoquer quelques mouvements.

Sur le corps tout entier de la malade, éruption à caractères divers. Le visage seul a été respecté.

Petites taches rouges fort nombreuses, surtout au niveau des membres et de la ceinture et qui rappellent de tous points la roséole syphilitique.

A côté, de nombreuses éraillures de l'épiderme produites par la malade en se grattant :

Quelques sillons sur les mains et sur les seins ;

Sous le sein gauche, plaques hypertrophiques nombreuses ; enfin, points impétigineux.

Dans la cavité buccale, nombreuses plaques muqueuses ; au niveau de la vulve et du vagin, aucune lésion, aucune trace cicatricielle de lésions anciennes.

L'utérus ne présente rien de particulier ; quelques pertes blanches.

Les cheveux, les poils des aisselles et du pubis sont littéralement couverts de morpions.

On porte les diagnostics suivants :

1° Syphilis secondaires ;

2° Gale ;
3° Phtiriase ;
4° Grossesse.

Traitement. — On traite la gale par la frotte et on ordonne des bains sulfureux.

La phtiriase est traitée tout d'abord par lotion avec :

Vinaigre..... 200 grammes.
Bichlorure de mercure..... 1 gramme.

5° Contre la syphilis.

Injections d'huile au biiodure de mercure (Formule de Panas) intra-fessière.

6° Nettoyage des dents, etc.

7° Pansements de la cavité vaginale.

Le résultat du traitement a été excellent.

Après une seule frotte et plusieurs bains sulfureux, les démangeaisons ont disparu complètement ainsi que les sillons.

Les poux n'ont pu être détruits au niveau du pubis qu'en rasant complètement la région et en faisant des lavages au sublimé.

Les accidents syphilitiques ont tous disparu au bout de quelques jours.

Les injections sont très bien supportées ; on a fait tous les jours une injection d'un peu plus d'un centimètre cube d'huile biiodurée, sans qu'il en soit résulté d'accidents.

Pas de douleur.

Après 10 injections on a été obligé de s'arrêter deux ou trois jours et d'ordonner ensuite des frictions à l'onguent napolitain, la malade ayant eu une diarrhée assez forte que l'opium à assez haute dose ne pouvait arrêter facilement.

Il faut signaler enfin un fait important : Le 20 janvier 1900, 10 jours après le traitement et alors que les diverses éruptions avaient à peu près disparu, la malade se plaint d'une douleur vive au sein gauche ; anorexie complète, température à 39°5, agitation, céphalalgie. Pouls rapide.

La palpation du sein au point douloureux, c'est-à-dire en dehors et un peu au-dessous du mamelon, est excessivement douloureuse ; on y sent un noyau mammaire très induré, mais non fluctuant.

Les téguments sont d'aspect normal et glissent sur la nodosité.

Traitement par des pansements humides et compression du sein.

L'état général est redevenu bon après deux ou trois jours ; l'état local ne s'est pas sensiblement modifié ; la peau est peut-être un peu adhérente, mais encore pas de fluctuation.

Deux ponctions à la seringue de Pravaz n'amènent aucun résultat.

Le 24 janvier on a un point qui paraît fluctuant ; on se décide à intervenir.

Après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, nettoyage complet de la région. Incision au niveau du point fluctuant. Du pus épais et jaune s'écoule en assez notable quantité.

Contre-ouverture un peu en dehors du noyau induré, et formation au dilatateur de Tripier d'un trajet communiquant entre les deux ouvertures.

Lavage. Drain et pansement humide avec compression. Le lendemain, rougeur autour de la partie opérée sans traces de bourrelet.

Au bout de quelques jours, suppression du drain ; pansements secs ; guérison rapide.

Le pus a été examiné extemporanément par M. Thévenin, chef de clinique, et on y a trouvé du streptocoque.

Il est clair que chez cette malade on s'est trouvé en présence d'un abcès du sein d'origine lymphangitique et que cette lymphangite avait pour point de départ les excoriations occasionnées sur le mamelon par la gale.

L'abcès paraît s'être heureusement localisé à un seul lobe de la glande.

C'est là une complication de la gale qui paraît tout à fait rare ; on peut se demander si la grossesse n'a pas facilité sa production.

LES VÉNÉRIENNES A SAINT-LAZARE

Par le Dr Jullien,
Professeur agrégé, chirurgien de Saint-Lazare.

En 10 ans, j'ai reçu dans mon service de Saint-Lazare 1750 *malades* ; mais beaucoup d'entre elles étant venues à plusieurs reprises et jusqu'à 6 ou 7 fois, ce chiffre de 1750 malades suppose un nombre d'entrées beaucoup plus considérable, au moins le double.

Me bornant à l'examen de 1.000 femmes malades inscrites sur mes registres, de 700 à 1700, ce qui est plus commode pour les calculs et les pourcentages, je me propose d'exposer brièvement le tableau de mon service de Saint-Lazare, lequel doit être la sensible reproduction des quatre autres confiés à la direction très expérimentée de mes amis MM. les Docteurs Chéron, Le Pileur, Verchère et Barthélemy.

Proportion des filles soumises et des clandestines. — Sur 1.000 malades je compte 823 clandestines, et 177 filles soumises, en chiffres ronds, le 5e. Parmi ces dernières, je n'ai pas distingué les filles de maison, dont la proportion est tout à fait infime. La population de nos services est donc essentiellement recrutée parmi les prostituées libres, débutantes ou récidivantes, qui en forment plus des quatre cinquièmes, 82,3 pour cent :

Clandestines..... .....,	823 soit	82.3 pour 100
Soumises.....	177 soit	17.7 pour 100

Age des malades. — Trois âges : 17, 18 et 19, ans détiennent incontestablement le privilège de l'initiation à la débauche ; et 18 ans arrive en tête avec une notable supériorité numérique de 146 sujets contre 125 à 17 ans, 120 à 19, et 104 à 20 ans. Les 3 cas notés à 12 ans et à 13 ans proviennent d'enfants très développées, précocement perverties, et qui avaient dissimulé leur âge. A partir de 25 ans, nous ne comptons que des cas rares ; et enfin quelques vieilles épaves du libertinage, ou plutôt de la misère, nous fournissent la trentaine de cas notés de 40 à 60.

		Rep....	857 cas.	*Rep....*	972 cas.
12 ans.	1 cas.	27 ans.	13 »	41 ans.	2 »
13 »	2 »	28 »	13 »	42 »	3 »
14 »	6 »	29 »	14 »	43 »	1 »
15 »	8 »	30 »	15 »	45 »	1 »
16 »	24 »	31 »	7 »	47 »	3 »
17 »	135 »	32 »	13 »	48 »	4 »
18 »	146 »	33 »	9 »	49 »	3 »
19 »	143 »	34 »	5 »	50 »	2 »
20 »	10 »	35 »	10 »	52 »	3 »
21 »	90 »	36 »	5 »	54 »	2 »
22 »	65 »	37 »	5 »	55 »	1 »
23 »	50 »	38 »	2 »	56 »	1 »
24 »	33 »	39 »	4 »	62 »	1 »
25 »	30 »	40 »	4 »	63 »	1 »
26 »	21 »				
A rep..	857 cas.	*A rep..*	972 cas.	Total..	1000 cas.

Quant à la proportion réciproque des clandestines et des soumises en fonction de l'âge, cela n'offre pas grand intérêt ; c'est à 17 ans que commencent à paraître les inscrites sur nos listes ; à 20 ans leur proportion est au maximum, en retard de 2 ans sur le fastigium des clandestines, ce qui se comprend aisément ; et l'on voit les années fatales de la prédominance se multiplier et perdurer suivant une sorte de plateau jusqu'au voisinage de la trentaine, alors que les insoumises ou ont disparu ou ne se montrent plus que par unités ou dans une pro-

portion tout à fait négligeable. Au surplus, voici le *tableau de l'âge de nos 177 filles en carte* :

		Rep....	118 cas.	*Rep....*	157 cas.
17 ans.	9 cas.	30 ans.	4 »	42 ans.	1 »
18 »	12 »	31 »	2 »	43 »	1 »
19 »	11 »	32 »	8 »	45 »	1 »
20 »	18 »	33 »	1 »	47 »	3 »
21 »	11 »	34 »	3 »	48 »	3 »
22 »	8 »	35 »	5 »	49 »	2 »
23 »	10 »	36 »	4 »	50 »	1 »
24 »	7 »	37 »	4 »	52 »	3 »
25 »	8 »	38 »	1 »	54 »	2 »
26 »	6 »	39 »	3 »	56 »	1 »
27 »	6 »	40 »	3 »	62 »	1 »
28 »	7 »	41 »	1 »	63 »	1 »
29 »	5 »				
A rep..	118 cas.	*A rep..*	157 cas.	Total..	177 cas.

Nature des maladies observées. — Abordons maintenant l'examen des manifestations morbides présentées par nos 1.000 femmes. Je commencerai par mettre de côté tout un lot de lésions communes développées dans mon service ou venues des salles voisines, blessures diverses, infections, qui doivent être signalées, mais n'entrent pas en ligne de compte au point de vue de notre statistique spéciale.

Par ordre de fréquence, il faut donner la première place aux *écoulements des voies uréthro-génitales* que je vois figurer dans plus de 650 cas. Je range tous ces cas sous la rubrique blennorragie, bien que le gonocoque, qui a toujours été cherché, n'ait pas été trouvé dans tous les cas. On peut poser en principe, en effet, que toutes les femmes ont été touchées une fois au moins par le microbe de Neisser, et que, à quelques jours de distance près, ma recherche eût été positive. On voit immédiatement combien universel et formidable est l'empire du gonocoque. Certes, j'ai vu beaucoup d'inflammations pelviennes, nombre d'annexites mettre mes pensionnaires à deux pas du tombeau ; mais je n'en reste pas moins étonné, étant donné le genre de vie de ces malheureuses, que la fréquence de ces complications ne soit pas 10 fois plus considérable. Cette ré-

flexion s'imposera d'autant plus nécessairement si l'on prend garde que la blennorragie, toujours difficile à guérir chez la femme même la plus attentive, est fatalement vouée à la chronicité et aux incessantes récidives chez les coureuses qui constituent notre personnel. Or *in globo* 65,1 pour cent de nos malades sont atteintes.

Parmi ces 651 blennorrhagiennes nous comptons 561 clandestines, et 96 filles en carte. Je remarquerai immédiatement que le pourcentage est tout en faveur de ces dernières, que nous voyons atteintes dans la proportion de 57 %, tandis que les femmes non surveillées présentent à ce point de vue l'énorme vulnérabilité de 68,1 %, fait qui n'a pas lieu de nous surprendre, ces dernières, plus jeunes, étant généralement plus près de la période aiguë, celle que Diday appelait à si juste titre irrépressible.

La syphilis figure au 2e rang, frappant 421 de nos malades sur 1000, soit 42,1 %, un peu moins de la moitié. Cette proportion relativement modeste et bien inférieure à celle que l'on indique habituellement, n'a pourtant rien de consolant. Elle veut dire simplement que beaucoup de nos malades, très jeunes encore, n'ont pas eu le temps de prendre contact avec la diathèse ; et cela est si vrai que, contrairement à ce que nous avons observé pour la blennorragie, nous allons voir les pensionnaires du bureau des mœurs frappées en plus grand nombre que les filles libres, tout simplement parce qu'elles sont plus âgées, ou, qu'on me permette l'expression qu'elles emploient elles-mêmes, parce qu'elles « *font la noce* » depuis plus longtemps. Les chiffres suivants ne laissent aucun doute à cet égard. Sur 823 clandestines, je compte 340 syphilitiques, soit 42,31, % ; tandis que 177 inscrites fournissent 81 cas de syphilis, soit 51,41 %. Il est vrai que si j'entreprenais d'apprécier la sévérité des atteintes, les rôles changeraient, car tandis que le dispensaire arrête impitoyablement sur le moindre soupçon d'un accident contagieux, les femmes qui se rendent à ses visites, rien ne peut donner une idée des ravages opérés chez les insoumises par la vérole non soignée et généralement favorisée par le défaut de toute hygiène, l'incurie et la saleté. (*A suivre.*)

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Par le Dr Ch. Levassort (1).

Il y a quelques semaines, la Société de chirurgie remettait en discussion, à propos d'une communication du Dr Nélaton, le traitement de la coxalgie.

Plusieurs chirurgiens d'enfants prirent part à cette discussion ; les uns, et notamment le Dr Felizet, partisans de la résection de la hanche comme le Dr Nélaton; les autres, et en particulier le Dr Kirmisson, accordant leur préférence à la temporisation et aux injections modificatrices. Le Dr Ménard, de Berck, fit connaître également son opinion, mettant en parallèle les injections modificatrices et le *curettage intégral ;* terme bien vague et qui demande à être bien compris.

J'ai pensé, Messieurs, que le sujet n'était point épuisé et que notre Société, qui compte un certain nombre de chirurgiens distingués, bien plus compétents que moi dans la matière, ne dédaignerait point de rouvrir le débat ne serait-ce que pour combattre, si on les juge défectueuses, les quelques idées que je vous demande la permission de vous exposer et qui sont le résumé de ma pratique.

Tout d'abord, Messieurs, je tiens à vous dire que je ne fais jamais l'*extension continue* ; que je n'emploie jamais les *gouttières de Bonnet* ou autres ; que je ne fais jamais d'*injections modificatrices* et que la résection de la hanche me paraît être une bonne opération, surtout si on la fait économique, qualité qu'elle ne peut avoir que si on n'en retarde pas trop longtemps l'emploi et si on veut bien la considérer autrement que comme une suprême ressource quand les lésions ont accompli de tels progrès, que la vie du malade dépend d'une intervention devant laisser après elle une infirmité aussi pénible qu'un énorme raccourcissement.

Est-ce à dire, Messieurs, que je condamne tout ce que font nos honorables confrères ? Non, certes, mais il est un point sur lequel il n'a pas, ce me semble, été assez insisté : on a surtout en vue la clientèle d'hôpital, et c'est à mon avis une erreur grave de généraliser, car l'hôpital n'est pas toujours et ne peut pas toujours être une école parfaite. On y conserve les malades pendant un temps presque sans limites, et on n'a guère à lutter contre les difficultés d'ordre matériel, voire économique qu'on rencontre dans la clientèle particulière.

Les enfants qui me sont confiés sont en majeure partie de condition modeste ; les parents, ouvriers ou petits employés, ont, à tort ou à raison, une horreur profonde de l'hôpital et sont disposés

(1) Communication faite à la Société de médecine pratique.

à tout sacrifier pour conserver leurs enfants chez eux. Ils attendent du chirurgien auquel ils s'adressent une certaine hâte à remettre leur enfant en état de marcher et ne peuvent faire de grandes dépenses pour le traitement. Il est bon encore de faire remarquer que tous ces malades ont été opérés chez eux, c'est-à-dire dans des logements d'une extrême simplicité et c'est une preuve que les succès opératoires ne sont pas nécessairement sous la dépendance des installations luxueuses, ainsi qu'on a trop de tendance à le laisser croire aujourd'hui.

Ces conditions ne me sont point autrement particulières, et ce sont celles que rencontreront souvent nos confrères de la ville ou de la campagne ; c'est surtout dans le but de leur rendre service que je me suis décidé à parler du traitement de la coxalgie.

Je ne fais jamais, vous ai-je dit, l'extension continue. Il faut avoir vu la façon dont cette méthode, bonne en théorie, est appliquée en fait dans les familles et même dans les hôpitaux d'enfants, pour juger combien les résultats sont défectueux et viciés par la pratique.

Tantôt l'enfant couché en X dans son lit, a laissé sa jambe suivre le poids qui y est fixé au point d'accuser une différence de longueur de plus de 10 cent. avec la jambe saine ; tantôt le poids arrêté par les barreaux du lit ne fait plus d'extension, ou bien il repose à terre quand ce n'est pas sur un tabouret mis complaisamment pour ne pas fatiguer le membre malade !

L'extension bien faite demanderait une surveillance constante, une contre-extension soigneusement combinée et une inclinaison du lit en proportion du poids. Si je devais l'employer je la ferais des deux côtés ; la traction sur les deux jambes devant avoir au moins pour résultat de condamner l'enfant à une meilleure immobilisation et devant en même temps éviter les déviations du bassin et de la colonne vertébrale.

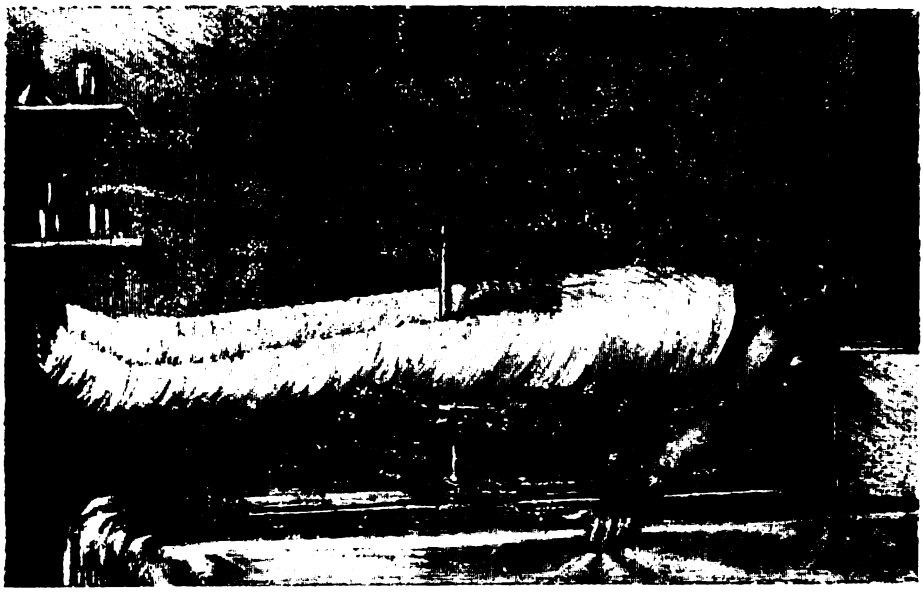
La gouttière de Bonnet, même combinée à l'extension continue ne donne pas beaucoup mieux et je reste après expérience faite partisan exclusif et convaincu de l'immobilisation dans un appareil plâtré prenant le tronc jusqu'au-dessus des premières côtes et les deux jambes, ainsi que le représente la figure ci-dessous.

J'applique généralement le premier appareil sous le chloroforme ; c'est d'autant plus nécessaire qu'il faut mettre le membre malade en bonne attitude et lutter contre la douleur et certaines contractures fort difficiles à vaincre. Il est bon de signaler la nécessité de réduire quand la chose est possible sans gros désordres, la luxation précoce sur laquelle le Dr Kirmisson vient si judicieusement d'appeler l'attention.

J'emploie le pelvi-support et je fais écarter les jambes à angle aigu, de manière qu'elles fassent avec le tronc une sorte d'Y renversé λ. Je me sers pour consolider les points faibles, aux hanches, non point d'attelles mais de morceaux de store en bois qui se

moulent sur le corps et donnent à l'appareil une remarquable solidité.

J'utilise également la bande plâtrée d'avance dans le genre de celles que fabrique Adnet et qui ont l'avantage de se conserver longtemps sans s'altérer. Le corps et les jambes sont entourés de coton en couche peu épaisse. On peut se dispenser de prendre le pied du côté sain ; on doit au contraire le comprendre dans le plâtre du côté malade, l'appareil étant destiné à immobiliser et à faire également un peu d'extension qui devient de la sorte parfaite et réellement continue.



Appareil plâtré pour coxalgie.

Pour les garçons, la fonction urinaire est facilitée par l'emploi d'une bouteille à goulot assez large, pour les filles deux petits morceaux de taffetas gommé préservent le plâtre des souillures de l'urine. La défécation se fait sur un bassin plat, les jambes maintenues horizontales à l'aide de rouleaux de bois ou de deux bouteilles de grès.

D'ailleurs il est remarquable de voir que les douleurs si vives qui arrachaient des cris à l'enfant au moindre mouvement disparaissent presque immédiatement, et c'est là un point qui n'est pas sans importance pour rassurer la famille et l'entourage toujours un peu indécis quand il s'agit de « *plâtrer un enfant* ».

L'appareil peut être conservé quatre mois sans inconvénients.

Le malade est mis dans un lit dur, il peut être transporté dans

un jardin et placé sur un lit improvisé ou dans une voiture, il lui faut de l'air et il sera facile de lui en donner ; l'appétit revient, le sommeil est paisible et réparateur, l'état général s'améliore.

J'ai dit que je prenais les deux jambes,et j'y insiste,car avec un appareil unilatéral,l'enfant remue et arrive à se mouvoir s'il cesse d'être surveillé. Or l'expérience m'a appris à me défier des faiblesses maternelles et pour être sûr que ma prescription d'immobilisation sera bien observée, j'estime qu'il n'y a rien de meilleur que d'empêcher toute infraction d'être commise. Je supprime la tentation !

Un point encore à signaler,c'est le prix modique d'un tel appareil dont le coût ne dépasse pas quelques francs.

Cet appareil n'est pas contre-indiqué quand il y a menace et même formation d'abcès. Souvent l'abcès rétrocède sous l'influence du repos; à la rigueur une fenêtre pratiquée dans le plâtre permet d'en surveiller les progrès.

L'enfant D..., que je vous présente avait un abcès très volumineux, qui a diminué des trois quarts depuis quelques mois.

J'ai dit que je ne faisais pas d'injections modificatrices ; cependant, je sais qu'on a souvent avec elles des succès durables. Il est indispensable, quand on emploie ces injections, d'avoir le malade sous la main, sous les yeux et ce qui donne de bons résultats à l'hôpital devient moins satisfaisant quand les enfants sont amenés à la consultation ou vus chez leurs parents à des intervalles parfois assez éloignés.

Je préfère de beaucoup, pour ma part, une franche incision, un nettoyage sérieux du trajet, au besoin l'enlèvement d'un séquestre et le tamponnement à la gaze stérilisée. Je ne touche jamais la partie malade au chlorure de zinc et je ne me sers d'aucune autre solution antiseptique, le tamponnement me suffit amplement ; il agit mécaniquement sur les parois de la poche et détermine une irritation des tissus qui facilite la guérison. J'enlève tous les deux ou trois jours une petite longueur de la mèche sans m'inquiéter du suintement souvent fort abondant qui se produit au bout de 7 à 8 jours.Les tissus décomprimés peu à peu se rapprochent et quand on enlève le reste de la mèche on se trouve en présence d'une cavité réduite environ des 2/3 et du meilleur aspect.

Il m'est arrivé plusieurs fois,et surtout dans ces derniers temps, d'utiliser le bicarbonate de soude dont je saupoudre les tissus malades avant de placer mon tamponnement ; j'ai remarqué que le bourgeonnement était beaucoup plus intense et la réparation certainement accélérée.

Reste à vous parler de la résection. J'en suis partisan, comme je vous le disais plus haut, mais sous certaines réserves : je blâme absolument la résection vraie, la résection classique appliquée au traitement de la coxalgie ; enlever les parties malades, conserver tout le bon, tel doit être le but du chirurgien. On rencon-

trera souvent un périoste épaissi qu'il est indispensable de respecter ; la scie ne sera guère employée, car elle prend toujours trop ; si la tête du fémur est seule malade, on se gardera bien de sectionner au-dessous du trochanter,ainsi que je l'ai vu faire plusieurs fois ; avec un centimètre de col on peut encore avoir une articulation solide.

Enfant Lucien M... — Résection sous-périostée de la hanche, fistules et abcès multiples, a marché au bout de deux mois 1/2. Le sequestre enlevé mesurait 7 cent., le raccourcissement actuel est de 4 cent.

Enfin, je ne cherche pas l'ankylose. J'ai quelques petits malades qui ont des mouvements étendus, qui peuvent fléchir la cuisse sur le bassin à angle droit ; c'est là, on en conviendra, un énorme avantage et qui compense bien le raccourcissement.

Il me paraît inutile d'insister sur la nécessité d'ouvrir tous les foyers et de se donner du jour, beaucoup de jour ; je termine par un tamponnement à la gaze stérilisée.

Pendant les trois ou quatre semaines qui suivent l'opération

j'applique l'extension continue. Ce sont ses défauts que je recherche, car j'ai expliqué qu'elle ne donnait pas une immobilisation vraie ; or, ne cherchant pas l'ankylose, il est naturel que j'aie recours à ce procédé.

Au bout de deux mois je fais lever l'enfant et il marche avec des béquilles ; il est urgent, en effet, de ne pas condamner à la chambre dans des logements trop souvent peu aérés, de petits malades pour qui l'hygiène a tant d'importance.

J'ai vu garder au lit des enfants jusqu'à entière cicatrisation de leurs trajet ou plaies. C'est là une pratique qui n'est pas la mienne et que je trouve tout à fait inutile. Ce petit malade, Lucien M., que je vous présente, et dont j'ai fait faire la photographie, avait de vrais plaies comme vous voyez ; il a été deux mois 1/2 couché et venait ensuite chez moi se faire panser.

Je ne permets la marche qu'avec des béquilles et l'enfant les gardera longtemps, je fais rehausser le talon du côté sain et appliquer une semelle de plomb de poids variable suivant l'âge sous la chaussure du membre malade. De cette façon l'enfant ne pose à terre que son bon pied ; la jambe malade est ballante, et le plomb contribue à faire un peu d'extension.

A la maison j'autorise la marche sans béquilles, mais c'est alors du côté malade que je fais mettre le soulier rehaussé.

J'ai cru intéressant de joindre à ce travail deux observations de malades atteints d'ostéites du bassin.

La première de ces observations a trait à un jeune enfant de 7 ans environ, qui m'était amené il y a deux ans parce qu'il se plaignait de sa hanche et boitait après une marche de quelque durée. Cet état remontait à trois mois.

L'exploration méthodique de la région ne m'ayant donné aucun renseignement, je fis mettre l'enfant au lit pendant trois semaines, puis autorisai à nouveau la marche. Pendant trois mois, de mars à juillet 1898, l'enfant eut des alternatives de mieux et de pire sans que rien permît de localiser le mal.

Brusquement apparut à la région antérieure et supérieure de la cuisse une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La hanche n'était toujours pas douloureuse, les mouvements se faisaient bien, sauf pour la flexion qui était limitée par la présence de l'abcès. De quel point du bassin pouvait provenir cette collection ? J'eus recours pour me renseigner à la radiographie.

L'épreuve que je vous présente fut faite par le Dr Ducroquet et sur le cliché on distinguait nettement le point malade qui correspondait à l'épine iliaque antérieure et inférieure. Le voisinage de l'articulation imposait l'intervention et il fallait tout faire pour éviter la *coxalgie secondaire*. Je fis cette opération le 5 juillet 1898, aidé de mon regretté ami le Dr Glantenay que ce cas avait vivement intéressé et du Dr Ducroquet qui donnait le chloroforme.

L'abcès ouvert je fus conduis directement sur l'épine iliaque et j'enlevai un petit sequestre de la grosseur d'une noisette. Tamponnement, etc.

L'enfant se leva au bout d'un mois et demi et partit à la campagne.

Je le revis l'année suivante à la suite d'une petite récidive dans la cicatrice que je dus opérer au mois d'août 1899. Vingt jours après l'enfant partait à la campagne. Vous le voyez aujourd'hui, il est guéri et c'est un vrai diable, il va en classe et ne s'aperçoit plus de rien.

Cette observation m'a paru surtout utile à rapporter pour deux raisons : la première est qu'il sera sage de ne point négliger les renseignements qui peuvent être fournis par la radiographie dans un cas de coxalgie au début. Certainement j'aurais immobilisé cet enfant il y a quelques années et lentement sa capsule se serait détruite ; il aurait abouti à une coxalgie qu'heureusement j'ai pu éviter.

En second lieu j'estime avoir suivi une conduite plus chirurgicale en ne faisant pas dans cet abcès d'injection iodoformée ou naphtolée. J'ai pu enlever un séquestre, que serait-il devenu même dans un bain de naphtol camphré ou d'huile iodoformée ?

Ma deuxième observation s'éloigne, il est vrai, de mon cadre ; mais elle va me fournir l'occasion de vous exposer quelques critiques qui me semblent fondées ; elle concerne une petite fille qui est actuellement âgée de quatre ans et demi, Marcelle G. Elle fut opérée le 3 juin 1897 à Trousseau, pour une ostéite de l'os coxal, depuis, elle est venue trois fois par semaine se faire panser à l'hôpital; un grattage a été fait en octobre, un autre en janvier 1898. Les choses ont duré ainsi jusqu'au 21 mars 1898, jour où on m'a amené l'enfant qui était dans un état lamentable, cachectique, épuisée par une suppuration considérable. Sa maigreur et sa faiblesse étaient telles que j'hésitais à l'opérer. La situation cependant commandait une résolution prompte ; je prévins les parents de la possibilité d'une issue fatale au cours de l'intervention ; mais comme ils se rendaient compte que c'était la seule chance de sauver leur petite fille, ils me prièrent de faire au plus vite et au mieux.

J'opérai cette enfant chez ses parents, le 23 mars, avec l'aide de mon ami le Dr Isaac. Je disséquai un vaste entonnoir formé par du tissu fibreux sur lequel s'étaient exercés les efforts de la curette, de la teinture d'iode et du nitrate d'argent et j'arrivai sur l'os iliaque perforé. J'agrandis l'orifice et pénétrai par cette ouverture dans un trajet rempli de fongosités ; ce trajet passant sur la face antérieure du sacrum, partiellement dénudé, allait jusque dans l'autre fosse iliaque. Prudemment, avec des tampons de gaze montés sur une longue pince courbe, je nettoyai tout cela ; j'avais une longueur de pince engagée qui atteignait 16 à 17 centimètres.

Quand tout me parut bien nettoyé, je fis un tamponnement assez serré, et après un pansement maintenu par un petit caleçon, je replaçai l'enfant dans son lit.

Sept semaines après l'opération, ma petite malade marchait ; pendant deux mois, on la conduisit à la campagne, elle était tout à fait guérie en décembre.

J'avais appris à la maman à faire le pansement, ce qui lui permit de faire profiter sa fille des mois d'été. Si la cicatrisation complète fut longue à obtenir, c'est que j'avais dû enlever une quantité relativement considérable de tissu musculaire dégénéré.

A présent cette petite malade est bien portante et ne boite pas. Vous pouvez voir par la dépression qui existe dans la région fessière quelle fut l'importance de cette opération.

Messieurs, le cas de cette fillette n'a que de lointains rapports avec la coxalgie : si je vous l'ai fait connaître, c'est qu'il me paraît de nature à provoquer quelques réflexions pour lesquelles je vous demande encore un instant d'attention.

Ce que j'ai fait, Messieurs, un autre eût pu le faire, et je n'ai à cette guérison qu'un bien mince mérite. Mais en bonne conscience croyez-vous que cette petite malade ait été bien soignée ? Je n'ai pas, bien entendu, l'intention de faire de personnalités. Nos confrères des hôpitaux font de leur mieux, et ne peuvent souvent mieux faire, et cela faute de temps.

Mais alors, c'est donc que l'organisation est vicieuse. Triste constatation quand on songe aux millions que nous coûte l'Assistance... Elle est belle, n'est-ce pas, la gratuité qui force une mère à venir pendant neuf mois, trois fois par semaine faire changer un pansement sale par un pansement propre. Car c'est là, à peu près tout ce qu'on leur fait à ces centaines de malades qui vont chaque matin se faire panser. C'est un panseur ou une panseuse qui fait la grosse besogne, qui fait toute la besogne parfois, l'externe ne trouvant pas bien intéressant de faire des pansements ! Que de temps perdu, que de mal fait par négligence ou par ignorance ! Je voyais dernièrement un malheureux ouvrier du faubourg atteint d'un panaris du pouce de la main droite, il avait reçu une entaille d'un externe au bout de quinze jours de pansements. La main était énorme, le pus fusait de partout et depuis quinze jours chaque matin, notre homme arrivait à l'hôpital où le panseur changeait le pansement. Total un mois de temps perdu et le temps d'un ouvrier c'est de l'argent, bien plus que pour un bourgeois, bien plus que pour un patron ; le temps c'est le seul bien du pauvre, et le professeur Fournier le disait éloquemment dans son rapport à l'Académie où il préconisait la consultation du soir. Heureusement, je connais le chirurgien chargé de la consultation et je remis à ce pauvre diable un mot pour qu'on voulût bien le recevoir, car il avait épuisé toutes ses ressources et ne pouvait rien faire avec la main entourée d'une masse de coton comme seuls

savent en mettre les panseurs ! Dans le service où on le fit entrer le lendemain, on n'eut que la peine de cueillir la phalange et on fit trois à quatre longues incisions pour débrider tous les trajets purulents.

Calculez, Messieurs, d'une part, le temps perdu par ce malheureux, puis le dommage causé par la mutilation dont une intervention plus hâtive eût pu le préserver, enfin la dépense qui résulte pour l'Assistance de ces pansements faits sans économie.

Car il y en a dans tout cela des abus et un gâchis formidables.

Jadis, quand on usait des bandes de toile, on prenait la peine de les dérouler, on les lavait et ces bandes pouvaient être à nouveau employées. Depuis l'usage de la tarlatane on coupe et on jette au panier. Résultat : une dépense décuplée. Ce serait si simple de mettre quelques minutes de plus et de dérouler une bande qui n'est souvent salie qu'à la surface du pansement, elle pourrait être utilisée de suite pour le même malade. Bien plus ces bandes peuvent parfaitement être lavées. Mes petits malades vont un mois avec deux bandes ; la maman en lave une à chaque pansement, la repasse et la roule. De même pour le coton, il y a certainement dans un pansement une partie souillée, mais le reste où va-t-il ? au panier. S'agit-il d'un pansement humide, là le coton pourrait parfaitement être employé pendant plusieurs jours... on le jette.

Je l'ai dit bien des fois, qu'on me donne un service de pansement dans un hôpital quelconque ; je m'engage à y faire 50 % d'économies et je suis peut-être au-dessous de la vérité.

Ces considérations, Messieurs, ont leur portée, croyez-le. Le corps des chirurgiens des hôpitaux est au-dessus de tout éloge, mais il ne peut voir tous les petits détails, il regarde d'en haut et nous voyons d'en bas ; nos critiques n'ont d'autre but que le bien des malades dont on gaspille le temps qui est de l'argent, dont on vole l'argent par un gaspillage inutile d'objets de pansements, gaspillage qui, loin de se modérer, s'accentue tous les jours.

Puisse ma modeste voix éveiller quelques échos !

VARIÉTÉS

CONSIDÉRATIONS SUR LA POSSIBILITÉ DE RAMENER AU BIEN LES PROSTITUÉES,

Par le Dr Louis Jullien,
Médecin de Saint-Lazare.

Les causes qui conduisent une femme à la perdition sont parfois très futiles, mais il n'en est pas de même de celles qui

peuvent la ramener au bien. Celles-ci exigent un ensemble de bonnes volontés, une combinaison d'efforts, une profusion de ressources, pour tout dire, une réunion de circonstances réellement exceptionnelle.

Je ne nie pas que la misère soit avant tout la mauvaise conseillère ; tel est le cas d'une veuve amenée récemment dans mon service et qui était descendue sur le trottoir pour procurer du pain à sa petite fille. « Je ne veux pas abandonner mon enfant, me disait-elle, et tant que je n'aurai pas trouvé d'ouvrage, je vous avertis que je recommencerai. » Mais à côté de cette malheureuse, dont le vice n'est pas sans excuse, combien d'autres n'ont obéi qu'à la paresse, aux mauvais exemples, aux conseils pervers, ou simplement au caprice ! Une fille arrive vierge de la Bretagne, entre à Paris comme femme de chambre, est peu après débauchée par un jeune domestique, et moins de six mois après tombe entre les griffes d'un misérable, un coiffeur, qui lui fait quitter sa place et la force à racoler. Comme elle était fort jolie, elle devait lui rapporter 20 francs par jour, et ce fut la police des mœurs, en l'arrêtant, qui la délivra de cet abominable servage. Mais voici un autre cas : une gentille blonde, de 22 ans, a été mariée, a quitté son mari brutal et jaloux, et est allée vivre avec un ouvrier honnête et travailleur qu'elle aime. Il ne la laisse manquer de rien, et cependant elle est prise en flagrant délit de provocation sur la voie publique et envoyée dans mon service. Je la questionnai longtemps pour arriver à me faire une idée de cette mentalité, et je finis par apprendre qu'elle avait été conduite, pour ainsi dire, par la main, par une fille, une ancienne camarade qui avait mal tourné, et qui avait apporté, dans cet apostolat, autant d'amour-propre que de persévérance : « Tu vois bien, lui disait-elle, après son premier *levage*, que ce n'est pas si terrible que tu le pensais. »

Il faut donc faire une grande place à l'inconsistance du caractère féminin, à la légèreté de ces cervelles d'oiseaux, toujours à la merci d'un mouvement d'humeur, d'un coup de tête, d'un réflexe inattendu, et se souvenir que quelques-unes des plus abjectes sont sorties du bien-être pour se ruer à l'infamie. Celles-là étaient nées marquées du sceau fatal et s'annoncèrent, dès le jeune âge, ce qu'elles seraient plus tard en désespérant leurs père et mère. « Je vous prie, m'écrit une veuve chargée d'enfants, de bien vouloir prendre égard à ma malheureuse fille, qui est à l'infirmerie de Saint-Lazare. Il m'est impossible de la reprendre, je lui ai signé une correc-

tion de six mois, elle m'a suppliée de la retirer, non je ne le ferai pas, car c'est bien de sa faute à la malheureuse, elle n'a jamais voulu écouter mes bons conseils, car je suis veuve avec quatre enfants, dont elle est l'aînée, et elle m'a toujours produit beaucoup de peine et de chagrin. »

Un de mes autres correspondants fait entendre, également, une note bien juste, en me conjurant de renvoyer son amie, qui est aussi sa payse : « Je vous dirai que j'ai fait savoir à ses parents qu'elle est malade dans un hôpital, à l'Hôtel Dieu, mais à présent son frère vient à Paris avec sa femme, et je ne saurai que faire et dire, car si sa mère, qui est dévote, le savait, elle en ferait une maladie. Monsieur le Docteur, faites cela pour sauver l'honneur d'une pauvre fille, car *la moitié du temps elle ne sait ce qu'elle fait*, et qui pourrait entrer dans sa famille sans tache. »

L'œuvre de réhabilitation a toujours tenté les nobles cœurs, et quelles que soient les amères leçons de l'expérience, le nombre de ses prosélytes n'est pas près de diminuer. L'Administration doit être nommée en tête, car on ne peut lui reprocher d'avoir méconnu son devoir. En 1889, ayant été dûment autorisé par M. Lépine, alors Secrétaire général de la Préfecture de police, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. le Dr Passant, médecin en chef du dispensaire, suivre pendant quelques mois toutes les opérations du bureau des mœurs. M. Bard était, à cette époque, le directeur de fait de toute cette organisation qui n'eut guère de mystère pour moi. Tous les jours j'étais témoin de ses exhortations, de ses efforts incessants, pour tirer ses malheureuses clientes de la boue. Je connus les lettres adressées aux parents, aux curés, pour solliciter leur généreuse intervention, les retours payés au pays natal, les envois discrets dans les maisons charitables et les refuges, les menaces de la correction : « Ah ! Monsieur, dit l'une d'elles, j'en sors de la correction, et je ferai la noce quand même. — Quand on va en correction, dit une autre, on entre bonne et l'on sort pire. — Et puis quoi, ajoute une troisième, c'est fini, c'est décidé, je l'ai dans la tête, je continuerai tout à fait. — Me renvoyer dans ma famille, s'exclame une dernière, ce serait du propre, mon père me fait des saletés tout le temps. » Mais, qu'une malheureuse affirmât son intention de changer de vie et se lamentât de ne pouvoir trouver du travail : « C'est bien, répondait le juge paternel, on vous conduira rue de Lourmel, on vous recommandera à telle maison ou providence. »

J'ai bien souvent assisté aux séances du vendredi, jour où se tenait la commission dite de l'inscription, et que de fois n'ai-je pas vu refuser leur carte à des femmes qui suppliaient qu'on les inscrivit, alors qu'il restait une chance de les sauver. Je me rappelle notamment une superbe fille de 19 ans, qui vint d'elle-même se présenter sans arrestation préalable. « Voyons, vous n'y pensez pas, lui répondit-on, vous n'avez pas essayé sérieusement de vous tirer d'affaire ? » Un des commissaires de police présents s'offre à lui procurer une place de femme de chambre. Pardon, Monsieur, j'ai mon certificat d'études. — Mais alors que voulez-vous faire ? — Entrer en maison, Messieurs, il y a un mois que j'y réfléchis, et j'y suis toute décidée, au moins, je serai tranquille et on ne m'aura pas pour rien, d'ailleurs je me respecte trop pour faire les rues. » Si la belle n'eut pas ce jour-là ce qu'elle désirait, il ne lui fut pas bien difficile de l'obtenir quelques jours après, en se faisant sciemment et délibérément prendre en flagrant délit ; et je la vois encore entrer pleine de fierté dans le cabinet de M. Bard. « Eh bien ! me la refuserez-vous maintenant ma carte ? »

Cependant, malgré ses louables tentatives, l'Administration aboutit bien rarement, parce qu'en somme ses moyens sont limités, et puis les femmes se défient. Il est tout naturel que pour ces révoltées la police, avec son arsenal répressif, soit l'ennemie, qu'elles refusent d'écouter ses meilleurs conseils et que, systématiquement, elles aient peur de ses représentants les mieux intentionnés, *et dona ferentes*. Alors, quand on leur propose du travail, elles répondent en haussant les épaules : « *turbiner* pour gagner 40 sous par jour ! » Ou bien : « Donnez-moi ma liberté, et je saurai bien en trouver moi-même, j'aime mieux. » Cette autre a deux enfants et fond en larmes quand on parle de les placer loin d'elle : « Je vous en prie en grâce, donnez-moi ma carte et laissez-moi mes enfants, je me charge de les nourrir avec. »

A Saint-Lazare c'est aussi la conspiration pour arracher sa proie au monstre. Les religieuses de Marie-Joseph déploient dans ce but un zèle admirable, et l'on peut dire qu'il n'en sort pas une pécheresse dont le siège n'ait été fait. Mais combien peu se rendent ! Il faut tenir compte de l'état de révolte dans lequel la détention tient ces malheureuses, elles et leurs familles. Les lettres que nous recevons quotidiennement le disent assez : « Toujours rien, toujours cloîtrée, m'écrit une mère, c'est donc à perpétuité que vous allez garder ma fille. Il y a des condamnés que Monsieur le Président de la République a des

égards, mais je vois avec regret de le dire que M. Jullien n'en a guère pour ma fille. » N'oublions pas non plus l'influence du milieu ; à l'Infirmerie elles sont chez elles entre elles, et les bavardages vont leur train, les projets d'avenir, les associations les ménages bien souvent, les ménages façon Lesbos, comme l'on pense. On a beau séparer les filles soumises des clandestines, la corruption s'approfondit, se propage, se perfectionne, elle se trouve en un milieu si parfaitement idoine, que la culture n'a pas chance de rester stérile, le germe lève et prospère, et les courageuses filles de la Charité en demeurent les spectatrices désolées. Mais leur ardeur est inlassable et parfois une conversion vient la récompenser, le ruban bleu paraît au cou d'une de nos malades où parfois il voisine avec la roséole, et nous apprenons que le Bon Pasteur a retrouvé une de ses brebis. Souvent même une touchante cérémonie est annoncée, c'est le baptême, c'est la première communion d'une de ces enfants sorties du ruisseau, qui ne savent rien de leur père, ni de leur mère et ont grandi dans le vice, leur atmosphère natale et pour ainsi dire leur seul milieu respirable. Je comprends toute la joie qu'apporte au cœur un seul de ces sauvetages, d'autant plus que les effets en sont souvent durables et quelquefois définitifs. Je me souviens d'une fillette, qui naquit ainsi à la vertu dans mon service, et qui, deux ans plus tard, prit le voile dans un couvent de Sens. Je transcris ici quelques lignes qu'elle m'écrivit à ce moment :

« C'est avec plaisir que je me permets de venir vous rappeler l'enfant dont vous vous êtes occupé, voilà deux ans, je n'ai pas besoin de vous dire à quel endroit, car cela me coûte toujours à redire. Je connais et veux écouter la voix de la reconnaissance qui me parle au cœur, et je sollicite la permission d'aller vous rendre une visite pour vous expliquer en toute simplicité les sentiments qui m'animent. Signé Caroline X..., enfant de Marie. »

Quoi qu'il en soit, ce sont là des cas d'exception, les excellentes sœurs font ce qu'elles peuvent, avec les pauvres moyens dont elles disposent, mais si miraculeuse que je l'estime, leur pêche n'est pas bien abondante.

Que dire des sauveteurs d'occasion, souvent même plus désintéressés qu'on ne croit. Un avocat qui se dit l'ami, rien que l'ami, de la sœur d'une de mes malades sollicite la grâce, c'est-à-dire la sortie prochaine de cette dernière : « S'il fallait, ajoute-t-il, faire un petit sacrifice pour subvenir à ses besoins à sa sortie, je le ferais avec plaisir. » Combien de personnes

charitables se joindraient avec empressement à ces généreux souscripteurs si elles savaient !

Enfin, ce serait une injustice de méconnaître le rôle d'un amant sincèrement épris. La race des Des Grieux n'est pas éteinte, et j'en ai vu plus d'un à l'œuvre, essayant et, souvent avec plus de bonheur que ce parfait modèle des cœurs aveugles, la purification de leur objet dans les eaux lustrales de l'amour rénovateur. Je connais plusieurs de mes anciennes pensionnaires, heureuses dans le mariage, et l'une d'elles embellit la vie d'un de nos confrères. Et de pareils dévouements ne sont pas, comme on pourrait le croire, l'apanage de la classe éclairée, aisée, raisonnante ; qu'on lise, pour s'en convaincre, la page suivante,où se dévoile, en outre, un des plus tristes côtés de certain banditisme médical.

« Ma Demoiselle Rose, peut-être croyez-vous être oubliée complètement, hé bien non, ce serait cependant une bien juste punition vis-à-vis la conduite que vous avez eue après toutes les recommandations que je vous ai faites. Excusez-moi ma faiblesse et je vous prie de croire que je suis pour vous ce que j'ai toujours été. Quoique pour le moment il me soit impossible de vous faire quoi que ce soit, vu l'argent que je dépense depuis un mois, car je suis atteint d'un commencement de tuberculose. Je suis allé chez plusieurs docteurs, sans pouvoir réussir à me faire guérir, en ce moment je suis chez un médecin qui me fait suivre un traitement qui me coûte très cher, car j'ai été obligé de verser 120 francs pour commencer seulement, pour les frais du médicament, et il m'en demande encore plus que cela pour m'appliquer le remède lui-même... Quoique n'étant pas très heureuse vous-même, vous voyez donc que je ne le suis pas non plus, et vous comprendrez qu'il m'a été impossible de faire quelque chose pour vous jusqu'à ce moment, ni de m'occuper de votre chambre. Quand vous serez sortie, nous verrons ce que nous aurons à faire. Je termine en vous embrassant tendrement. »

Mais voici nos malades libérées. Elles ont repoussé les conseils de Saint-Lazare, elles se sont bouché les oreilles au dispensaire et l'ont fui avec horreur, elles sont libres maintenant, que vont-elles devenir ? Il est triste de dire que 99 fois sur 100 elles se laissent ressaisir par le désordre et qu'elles redeviennent la proie du trottoir. Qui dira l'attirance des boulevards extérieurs, et l'attrait sans pareil du boulevard Sébastopol, but des convoitises universelles ! Celle qui a bu l'af-

freux vin de la prostitution sera toujours tentée d'en reboire, celle qui a connu le farniente des longues journées et le gain assuré de la nuit, reculera presque toujours devant l'effort nécessaire pour s'affranchir, et, reconnaissons-le, il leur faudrait un véritable héroïsme pour triompher de la coalition qui les assiège : habitudes anciennes, compagnonnage avec des filles de joie, des proxénètes, des courtiers de maisons de rendez-vous, des souteneurs, toute l'armée du vice en un mot, sans parler des logeurs, des teneuses de garni et des cabaretiers : elles retombent donc dans le gouffre, elles y retombent forcément.

Cependant, cette passivité n'est pas absolument universelle, et j'ai connu de belles résistances. Je me rappelle une gracieuse enfant, un ancien modèle, qui quitta Saint-Lazare bien stylée et décidée à chercher une occupation honnête, ou tout au moins un abri provisoire pour lui permettre d'en trouver. Elle savait combien je m'intéressais à cette lutte pour la vertu et devait me tenir au courant. Hélas ! je ne le fus que trop, pendant près de huit jours je la vis venir et revenir à mon domicile en quête de nouvelles adresses et de recommandations. Il n'y avait de place nulle part, et comme il arrive presque toujours, elle était repoussée de partout. Une camarade lui avait offert la moitié son lit dans son hôtel louche, et quand je cessai de la voir revenir, je n'eus pas de peine à deviner qu'elle ne luttait plus.

C'est pourtant cette heure qui est le moment propice pour conquérir ces infortunées, car elles sont en cet instant véritablement psychologique, isolées de l'ambiance nuisible, et dépourvues de ressources. L'intervention charitable qui saurait mettre à profit une minute de lassitude, de dégoût, pour entraîner, ne fût-ce que par caprice, inconstance ou coup de tête, une de ces étourdies, serait éminemment bienfaisante, car on pourrait compter que la conviction se ferait bien vite auprès de personnes honnêtes, intelligentes et bonnes.

Eh bien, il faut avoir la franchise de l'avouer, Paris manque de l'essentiel sous ce rapport, et à part le couvent du Bon-Pasteur, dont le refuge est toujours ouvert, et qui à lui seul produit d'inestimables résultats, les bonnes volontés sont paralysées par l'absolu défaut des moyens. Nous professons la plus grande reconnaissance pour les dévouements qui s'emploient dans ce couvent, mais nous devons à la vérité de dire que les conditions de la règle du travail, de la nourriture et de l'hygiène certainement défectueuse, en dépit des efforts

généreux de notre confrère Dauchez qui prodigue, avec le dévouement le plus désintéressé, ses soins aux malades de cet établissement, toutes les grandes et petites vexations qu'impose une organisation inflexible, retiennent beaucoup de jeunes filles au moment d'en franchir le seuil. C'est trop demander au renoncement qui s'interroge que de l'assujettir à une si rigide discipline ; ainsi l'ont compris des fondations plus récentes, parmi lesquelles il n'est que juste de citer l'asile du Bon-Conseil, œuvre admirable due à l'influence, autant qu'à la générosité, d'un de nos plus aimés professeurs de la Faculté de Paris. Malheureusement, sa porte ne s'ouvre pas à nos pauvres prostituées : soyez voleuse, homicide, vingt asiles ouvriront devant vous leurs grilles toutes grandes. Mais laïques ou catholiques se montrent impitoyables pour nos chères pécheresses, auxquelles on va jusqu'à reprocher leurs maladies, ce qui devra attendrir en leur faveur. C'est là qu'est le mal, c'est sur ce point qu'il faut porter le remède. Elevons des temples au repentir ; construisons-les vastes d'accès facile et riant, d'accueil discret et plein de mansuétude. Ne soyons pas plus sévères que Jésus pour le crime d'amour, et pour élever ces murs, ne convions pas seulement à apporter, leur pierre ceux qui sont sans péché, il faudrait attendre trop longtemps, mais encore, et surtout, ceux qui ont beaucoup péché.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La levure de bière dans le traitement de la vaginite blennorrhagique.

La levure de bière parait avoir comme antiseptique une action complexe. Les levures vivantes attirent les microbes, tant saprophytes que pathogènes. Elles se laissent pénétrer par eux et les englobent. Les microbes une fois inclus perdent leur mobilité ; ils ne se colorent plus ; ils sont détruits par une véritable phagocytose. — De plus, les produits solubles de la levure, et en particulier la nucléine, semblent provoquer l'augmentation des leucocytes. Ce sont là les deux actions essentielles. Pourtant la fermentation de quelques-uns des produits de fermentation, alcool, acide carbonique, acide succinique, glycérine, n'est peut-être pas négligeable.

Ce rôle de la levure, particulièrement étudié par M. de Backer dans ses travaux sur les ferments thérapeutiques, a pratiquement été surtout utile dans certaines suppurations. L'emploi de la levure à l'intérieur dans la furonculose est aujourd'hui classique. Son action est également réelle dans le sycosis, les hydroadénites à répétition de l'aisselle, les adénites inguinales. Dans la vaginite, son emploi à l'intérieur ne parait donner aucun résultat. Comme topique local, l'action de la levure est au contraire intéressante. Landau (de Berlin) a eu le premier l'idée de l'employer en injections. En Fran-

ce, M. Robert Murer vient de faire dans le service de gynécologie de M. Siredey, à l'hôpital Saint-Antoine une série de recherches très bien conduites.

Pour l'application, la levure de bière est diluée dans de la bière ou dans du malt jusqu'à consistance sirupeuse. On prend dans une seringue ordinaire vingt centimètres cubes de ce liquide. L'injection est plus facile en employant le spéculum. Dans les vaginites très douloureuses, on peut cependant faire l'injection directe. Avant d'injecter la levure, on pratique une injection avec un litre d'eau bouillie à 30° pour nettoyer le vagin. En cas d'emploi du spéculum, ce nettoyage peut être complété en essuyant avec un tampon d'ouate sèche stérilisée le mucus qui resterait. Après l'injection de levure on met un tampon d'ouate qu'on laisse vingt-quatre heures.

Pour obtenir le maximum d'effet, il est bon que la levure soit appliquée en pleine fermentation. Murer avait soin de préparer le mélange la veille, douze à dix-huit heures à l'avance. Il suffit de mettre dans un cristallisoir 100 grammes environ de borax et une quantité égale de bière ou d'eau sucrée. Ce dernier mélange donne un produit beaucoup plus homogène. La consistance est plus uniforme.

Les pansements sont faits tous les jours ou tous les deux jours. Les malades les supportent bien. Elles peuvent marcher, vaquer à leurs occupations. Parfois on observe à la vulve et au méat uréthral un prurit léger. Ce prurit est rarement très intense.

Par contre, les injections intra-utérines sont moins bien tolérées. Elles exigent le repos au lit pendant vingt-quatre heures au moins.

La première action de la levure sur la leucorrhée est très remarquable et très rapide. L'écoulement diminue très vite. Les muqueuses cessent d'être enflammées, deviennent roses et d'aspect normal.

Malheureusement, au bout de quelques jours l'action de la levure paraît perdre de son énergie. L'amélioration obtenue se maintient, mais il est rare d'obtenir la guérison complète. La disparition totale des gonocoques n'est pas constante. Après quelques jours d'emploi de la levure et une fois son premier effet très puissant sur l'écoulement purulent obtenu, on peut donc employer d'autres antiseptiques. Murer mentionne spécialement les solutions boriquées chaudes, le sublimé au quatre millième, la glycérine iodoformée ou résorcinée à 5 pour 100, la solution de nitrate d'argent au cinquantième. Mais la vaginite blennorragique est une affection si tenace, si sérieuse, que ce nouveau traitement par la levure, même lorsqu'il n'est que palliatif, constitue un réel progrès. (*Presse médicale*, 2 décembre 1899.)

Traitement de la chlorose par les lavements de fer. (Jollasse.) — Désirant obvier aux inconvénients qu'entraîne parfois l'administration du fer, *per os*, M. Jollasse, de Hambourg, a d'abord essayé l'emploi de suppositoires ferrugineux.

Les résultats ne furent pas très satisfaisants. Aussi y renonça-t-il bientôt pour avoir recours aux lavements. Le lavement était formulé ainsi :

Citrate de fer....	0 gr. 01	0 gr. 06
Amidon.....		50 gr.

Trois fois par jour, après lavement évacuateur préalable.

Jollasse a traité de cette façon 14 cas de chlorose. Il n'a pas remarqué une différence réelle entre l'emploi de doses fortes ou faibles. Chez des malades recevant 0 gr. 01, les résultats furent très favorables, tandis que d'autres ayant 0 gr. 06 ne présentaient qu'une faible amélioration.

Les recherches de Jollasse ne sont en somme pas très favorables à l'emploi des lavements ferrugineux. Les résultats du traitement furent médiocres. L'action thérapeutique, moins rapide que par voie gastrique, n'est pas exempte d'inconvénients.

Les douleurs abdominales furent fréquemment observées, même en ajoutant un peu d'opium au lavement. Cependant un certain nombre de malades supportèrent bien le traitement et s'en trouvèrent beaucoup mieux.

La rougeole et les crèches. — M. Beluze fait connaître le résultat de ses observations sur la propagation de la rougeole dans les crèches et les mesures de prophylaxie qu'il convient de lui opposer. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la rougeole est une des affections les plus meurtrières, celle peut-être qu'en raison des conditions particulières où se trouvent les enfants des crèches, les médecins de ces établissements ont le plus à redouter.

Les enfants qui fréquentent les crèches peuvent être divisés entre 3 catégories : les tout petits, qui ne quittent pas leur berceau ; ceux qui com-

mencent à marcher, que M. Beluze appelle les enfants assis, et ceux qui marchent et qui jouent ensemble, qu'il désigne sous le nom d'enfants debout. C'est dans la première catégorie que les cas de rougeole sont le plus rares, non pas que les très jeunes enfants ne puissent contracter la maladie (les faits démontrent qu'il n'en est rien), mais de leur immobilité résulte un isolement forcé, et soustraits à la contagion directe dont les germes ne peuvent leur être apportés par des petits camarades, ils échappent plus facilement à la rougeole. Pour ces enfants, les gardeuses sont les causes habituelles de la transmission morbide. Plus grandes sont les chances de contamination chez les enfants assis, elles atteignent leur maximum chez les enfants debout. D'où l'idée naturellement et, parait-il, assez facilement réalisable, de séparer les uns des autres les enfants appartenant à ces trois catégories.

Cette séparation n'exigerait pas un personnel plus considérable et elle donnerait des garanties très grandes. De plus, elle permettrait, lors de l'apparition de cas de rougeole parmi les enfants de la crèche, de licencier non plus la crèche tout entière, mais seulement celle des catégories où se serait produit le cas. Si la gardeuse de la salle des berceaux n'est pas suspecte de transporter elle-même d'un enfant à un autre les germes de la maladie, cette salle ne serait presque jamais fermée.

Médication thyroïdienne dans le traitement des enfants arriérés. — Les bienfaits de l'opothérapie thyroïdienne se multiplient de jour en jour. La bibliographie de cette médication, de date pourtant récente, est déjà immense et les observations publiées ne se comptent plus.

Parmi les dernières parues, nous devons signaler celle de Vinke (*Medical Record*, 1899), qui concernent *le traitement des enfants arriérés* par l'injection de la glande thyroïde.

Vinke a constaté une véritable résurrection d'enfants chez lesquels la croissance et le développement intellectuel semblaient arrêtés : la guérison complète peut même être espérée lorsque le traitement est institué chez des enfants de moins de deux ans ; entre trois et huit ans, les résultats sont encore surprenants ; après huit ans, bien que l'amélioration soit notable, les enfants restent toujours au-dessous de la normale. On constate pourtant chez tous un développement plus ou moins marqué du squelette et le réveil de l'intelligence.

La dose prescrite par VINKE varie de 0 gr. 50 à 1 gr. de corps thyroïde par jour. Pour administrer ce médicament, il n'est pas de meilleure préparation que les capsules de corps thyroïde Vigier qui, à un dosage rigoureux, joignent l'avantage d'une efficacité parfaite, car elles contiennent la glande conservée dans un état de fraîcheur absolue, sans qu'aucune modification physique ou chimique ait pu en altérer les principes actifs.

L'opothérapie thyroïdienne doit donc être essayée, avec de grandes chances de succès, dans tous les cas où la sécrétion thyroïdienne ne paraît pas normale, depuis l'hypothyroïdie bénigne chronique de Hertoghe jusqu'au crétinisme confirmé, en passant par toutes les formes de l'infantilisme.

Des préparations de biiodure d'hydrargyre en thérapeutique. — C'est A. Martin qui, en 1868, pratiqua le premier les injections de biiodure ; mais sa solution contenait de l'iodure de potassium qui est irritant pour les tissus. Bricheteau lui substitua alors l'iodure de sodium selon la formule suivante :

Iodure double de mercure et de sodium.....	1 gr. 50
Eau distillée.....	100 —

Puis L. Labbé, Cotte en 1873, vantent également le biiodure, en utilisant la solution suivante :

Biiodure d'hydrargyre.....	1 gr.
Iodure potassique.....	2 —
Eau.....	200 —

Ragozzioni (en Italie) se rattache à la formule suivante :

Biiodure de mercure.....	0 gr. 03
Eau distillée.....	2 —
Iodure de potassium.....	2 —

Terrillon, en 1880, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, dit employer avec succès la formule suivante qu'il devait à M. Yvon :

Biiodure d'hydrargyre....	1 gr.
Iodure de potassium.....	1 —
Phosphate tribasique de soude.....	2 —
Eau distillée..... ...	qs. p. 50 cc.

Vacher, en 1885 (*Gaz. hebd.*), modifia encore les formules précédentes en préconisant la suivante :

Biiodure d'hydrargyre.....	ãã 1 gr.
Iodure de sodium.....	
Eau distillée.....	10 gr.

Dans toutes ces préparations, le bi-

iodure d'Hg était uni à l'iodure de sodium ou de potassium, le tout en solution dans de l'eau bouillie. Mais ce mode d'emploi fut vite abandonné à cause de la douleur provoquée par l'injection ; et ce fut M. le professeur Panas qui remit le biiodure en honneur en changeant le véhicule pour faire disparaître la douleur ; M. Panas fit de patientes recherches pour obtenir une solution stable et s'arrêta à la suivante :

Biiodure d'hydrargyre.... 0 gr. 40
Huile stérilisée..... 100 gr.

qui est d'une efficacité remarquable et annihile complètement la douleur.

M. Dieulafoy emploie couramment l'huile biiodurée préparée par Berlioz. Voici, d'après Guibert (*Th. Paris*, 1899), à qui sont empruntés ces renseignements, le mode de préparation de l'huile biiodurée : « Il faut d'abord purifier l'huile ; pour cela on mélange 3 parties d'huile d'olive avec de l'alcool ; puis on garde le mélange pendant 48 heures en ayant soin d'agiter de temps en temps. On sépare ensuite l'alcool par décantation et on en chasse les dernières traces en chauffant quelques instants à 90° le mélange placé dans une capsule de porcelaine. Lorsque tout l'alcool a disparu, on élève la température à 115° et on la maintient ainsi pendant un quart d'heure sans toutefois la dépasser, ce dont on s'assure par le thermomètre. On obtient ainsi l'huile d'olive purifiée et stérilisée dans laquelle on fait dissoudre le biiodure de mercure à 70°. On filtre sur filtre stérilisé. On remplit avec des flacons de 20 à 50 c. c. »

On injectera quotidiennement une seringue de Pravaz de cette solution, dont il n'y a pas à préciser le mode d'emploi, car ses indications sont les mêmes que celles des autres injections de sels mercuriels, avec cette différence qu'elle agit mieux et qu'elle est moins douloureuse. —(*Mémentos de Méd. pratique* du *Journal des Praticiens*.)

Traitement de la congestion utérine.

(Chéron.)

L'usage continu des bromures est d'une grande utilité dans tous états congestifs de l'appareil utéro ovarien :

Le bromure de sodium agit surtout sur la nutrition générale.

Le bromure d'ammonium est spécialement utile dans les excitations cérébrales.

Le bromure de potassium est le meilleur modérateur du pouvoir excito-moteur de la moelle.

Pour éteindre les réflexes partis de la sphère génitale, pour combattre la paralysie vaso-motrice de la moelle lombaire et du sympathique de la même région, en un mot, pour faire cesser la congestion utérine, aussi bien que les troubles réflexes, dont la métrite chronique est le point de départ, donner la préférence au bromure de potassium, en le prescrivant ainsi :

Bromure de potassium..... 20 gr.
Eau distillée..... 300 gr.

Prendre une cuillerée à bouche ou un verre à liqueur, après chacun des deux principaux repas.

Le médicament devant être employé d'une façon continue pendant plusieurs mois, ne pas dépasser la dose de 2 grammes par jour.

Il n'y a pas lieu d'associer le bromure de sodium et le bromure d'ammonium au bromure de potassium.

Traitement de la stérilité en Perse.— La *Revue médicale de Normandie* rapporte que d'après Gemelli Carreri, les femmes du peuple, en Perse, ont une singulière superstition : celles qui sont stériles s'imaginent que pour devenir fécondes il faut passer sous les corps morts des criminels qui sont suspendus aux fourches patibulaires ; elles croient que le cadavre d'un mâle peut influer même de loin et rendre une femme capable de faire des enfants. Lorsque ce remède singulier ne réussit pas, elles vont chercher les canaux des eaux qui s'écoulent des bains ; elles attendent le temps où il y a dans ces bains un grand nombre d'hommes ; alors elles traversent plusieurs fois l'eau qui en sort, et lorsque cela ne leur réussit pas mieux que la première recette, elles se déterminent enfin à avaler la partie du prépuce qu'on retranche dans la circoncision ; c'est le souverain remède contre la stérilité. (Gemelli Carreri, Paris, 1719, t. II.)

— Cette dernière pratique mérite d'être rapprochée de ce fait qui est rapporté dans la Bible et qui est rappelé par MM. Nimier et Laval dans leur livre à propos des mutilations commises parfois chez les peuples orientaux sur leurs prisonniers, à savoir que David, pour mériter la main de Michol, lui apporta cent prépuces d'ennemis tués par lui.

Emploi culinaire du speculum. — Il y a quelques mois, l'un de nous, appelé chez un propriétaire des Basses-

Pyrénées, s'arrêta plein d'étonnement en face d'un speculum n° 0 en étain, admirablement astiqué, mais accroché entre deux superbes casseroles au râtelier d'une cuisine.

Se doutant que ce riche Basque ne savait pas la destination première de cet instrument, notre confrère lui demanda l'usage que sa cuisinière en faisait.

« C'est un entonnoir à saucisses, répondit-il ; je l'ai trouvé dans une villa de Pau, dont j'ai acheté tout le mobilier. C'est le modèle que les gens du Nord emploient, parait-il, pour faire leurs saucisses. Du reste, grâce à cette queue, il est d'un maniement plus commode que l'entonnoir du Midi. Ce qui lui assure une supériorité complète, c'est le mandrin de buis. » Et, ce disant, il montrait l'embout de Melier.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Condamnation d'une guérisseuse de cancer. — Une affaire d'exercice illégal de la médecine et d'homicide par imprudence vient d'être jugée par le tribunal correctionnel de Sens.

Le nommé J..., âgé de 80 ans, et sa femme étaient venus s'installer à Sens au commencement de mars 1899. Le mari se disait spécialiste et s'occupait du traitement des cancers, bien que non muni d'un diplôme lui permettant d'exercer librement. Les époux avaient d'abord pratiqué à Dijon, puis à Tonnerre, et finalement vinrent échouer à Sens, soignant quantité de malades qui avaient recours à leur *secret*. Une dame M... (de Sens), atteinte d'un cancer du sein vint demander la guérison de son mal à l'empirique J... Ce dernier, décédé subitement l'avant-veille, avait été enterré le matin même, Mme M... fut reçue par la veuve J..., qui lui déclara qu'elle pouvait fort bien soigner la malade, qu'elle était au courant de la méthode de son mari, et promit de guérir la patiente dans un délai de quatre ou cinq mois. Mais, contrairement à ses prévisions, au bout de quelques mois de traitement, Mme M... mourut, le 18 septembre dernier, après avoir enduré d'atroces souffrances. Effrayée des conséquences imprévues de son traitement, la veuve J... quita Sens subrepticement et se rendit au Parc-Saint-Maur, où, sur une plainte du Syndicat de Sens, elle fut arrêtée. C'est à la suite de ces faits que la veuve J... comparait devant le tribunal correctionnel.

M. le Dr Quenouille donne sur l'état de santé de la veuve M... les détails les plus précis. Le docteur avait conseillé à la malade de se rendre à l'hôpital pour subir l'ablation du mal, mais elle ne voulut pas y consentir et préféra se faire soigner par la veuve J... Il vit encore Mme M... quelques jours avant sa mort et constata son état déplorable, le sein était complètement détruit, la plaie était horrible et s'étendait jusqu'au delà de l'aisselle, dégageant une odeur fétide. Il déclare que la mort n'est pas due au cancer, mais bien au caustique employé pour la guérison. Il suppose ce remède à base d'arsenic.

Le Dr Mouchet, de Sens, a fait l'autopsie du cadavre trois semaines après l'inhumation ; il donne des détails techniques sur la façon dont il a procédé et déclare avoir recueilli sur la plaie du sein de petits grains jaunâtres qui furent mis de côté pour être analysés, ainsi qu'un morceau du cœur et du foie.

M. Virally, pharmacien à Sens, a procédé à l'analyse des parties du corps prélevées par le médecin légiste ; il déclare que la présence de l'arsenic est manifeste dans la foie. L'expert a analysé également une pastille que la veuve J... donnait à ses malades ; cette pastille a été trouvée à Dijon, et l'opération a démontré qu'elle était faite de sulfure d'arsenic artificiel et qu'il y a concordance de composition entre ladite pastille et les grains jaunâtres prélevés sur la plaie lors de l'autopsie.

Après délibération, le tribunal a condamné la veuve J... à 50 francs d'amende et quatre mois d'emprisonnement, par application des articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 et l'article 319 du Code pénal.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

—

M. le Professeur Brouardel : **Questions relatives à l'accouchement, à la grossesse et à la conception.**

M. le Professeur Brouardel a continué à la Faculté de médecine de Paris la série des cours qui complètent les études médico-légales dont la publication a été commencée en 1895.

L'étude qu'il publie aujourd'hui traite des questions relatives au *mariage, au divorce, à la grossesse et à l'accouchement* (1). Ce sont des questions qui se prêtent peu à des développements vraiment scientifiques, mais on verra par le court extrait que nous reproduisons que l'auteur les a traitées avec méthode et a su rendre son récit fort attrayant en le parsemant de nombreux faits et de quelques anecdotes suggestives.

UNE FEMME PEUT-ELLE ÊTRE ENCEINTE A SON INSU ?

Messieurs, il faut faire, à ce point de vue, plusieurs catégories parmi les femmes. Il est certain que les folles, les idiotes, peuvent avoir des rapports sexuels sans avoir conscience de l'acte qu'elles subissent ; une grossesse ignorée peut en résulter. Cependant, quand vous aurez à intervenir dans des cas de viol, car c'est généralement de viol qu'il s'agit en cette circonstance, ce qui vous sera demandé, c'est si l'état intellectuel de la personne violée ne lui permettait pas de comprendre ce que son séducteur attendait d'elle, ou si son état d'esprit était suffisant, pour qu'il y ait eu consentement de l'acte incriminé.

Il y a quelques années, un homme reste veuf avec une fille de quinze ans et demi, mais qui était complètement développée et paraissait avoir dix-huit ou dix-neuf ans. Le père, qui avait l'habitude d'aller faire sa partie de cartes au café, ne voulait pas laisser sa fille sans surveillance à la maison, et l'emmenait avec lui. Cette surveillance paternelle n'était guère rigoureuse, puisqu'un jour cette jeune fille disparut, alors que son père était plongé dans une combinaison de dominos. On la rechercha vainement, et deux jours après elle rentra au domicile paternel, racontant de la façon la plus détaillée qu'un ami de son père l'avait emmenée et l'avait gardée chez lui ; elle s'étendait, sans aucune gêne, sur les détails les plus scabreux de son aventure, au point que le juge d'instruction chargé de l'affaire me commit pour examiner son état mental.

Messieurs, cette fille était d'une intelligence très bornée, mais sans que cependant sa volonté parût absolument annihilée. Le

(1) Paris, 1900, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1 vol. in-8° de 452 p.

jugement rendu fut très curieux, parce que les magistrats ont considéré comme une circonstance atténuante pour le suborneur le fait que la fille qu'il avait détournée était dans un état intellectuel inférieur. Il nous semble, au contraire, que le fait qu'un homme intelligent qui abuse de sa supériorité pour imposer sa volonté à une fille d'esprit borné, devrait constituer une sérieuse aggravation de l'acte incriminé. Mais je vous signale simplement ce considérant, n'ayant pas qualité pour discuter la valeur d'un jugement.

M. Vibert rapporte le fait suivant : une jeune fille primipare, paraissant d'ailleurs fort peu intelligente, était entrée à deux reprises dans un hôpital de Paris, où elle avait été admise comme atteinte d'un kyste de l'ovaire. Pendant son séjour à l'hôpital, elle accoucha dans les latrines d'un enfant à terme, qu'elle précipita immédiatement dans la fosse.

Elle assura qu'elle ne s'était jamais crue enceinte et qu'elle l'avait compris seulement, non pas pendant les douleurs de l'accouchement, mais au moment même où l'enfant était sorti.

Cette fille, qui avait avoué son infanticide, paraissait sincère dans ses déclarations ; elle avait sans doute cru elle-même à l'interprétation que les médecins avaient donnée de son état (1).

Les auteurs s'accordent pour dire que l'ignorance de la grossesse peut se produire la première fois qu'une femme est enceinte, mais que les multipares ayant l'expérience de la grossesse sont moins excusables de méconnaître leur état. Le Code pénal allemand admet « que si le fœtus est déjà de trente semaines, l'excuse que la mère n'avait pas conscience de son état n'est plus valable ».

Hofmann (2) rapporte, d'après Tanner (3), le cas suivant, où la grossesse fut méconnue par une primipare, qui prit la cessation de ses règles pour le début de la ménopause.

Une dame de quarante-deux ans, chez laquelle Tanner avait été appelé, souffrait depuis la veille, 11 heures, de douleurs violentes dans le bas-ventre. Elle était mariée depuis plus de trois ans et n'avait jamais été enceinte. Les règles étaient suspendues depuis dix mois, ce qu'elle attribuait à son âge. Les douleurs revenaient par accès et ne pouvaient être calmés par aucun médicament.

L'assistant d'un médecin voisin déclara que les douleurs provenaient d'une flatulence avec inflammation, ce qui concordait parfaitement avec l'opinion de la malade et du mari.

Tanner trouva la femme en travail et, quelques heures plus tard, elle mit au monde un enfant à terme, à la grande satisfaction des parents.

Dans d'autres circonstances, la grossesse peut avoir été prise par la femme pour un état pathologique chronique. Wold raconte

(1) Vibert, *Précis de médecine légale*, 1896, p. 416.
(2) Hofmann, *Nouveaux éléments de médecine légale ;* Commentaires du professeur Brouardel, 1881, p. 129.
(3) Tanner, *Monatschrift für Geburtsh.*, XXI, p. 153.

qu'une demoiselle de magasin accoucha debout, derrière un comptoir, d'un enfant qui mourut d'une fracture du crâne consécutive à cette chute.

Cette personne, maladive depuis longtemps, souffrait de douleurs dans le bas-ventre, était fort mal réglée et n'avait pratiqué le coït qu'une seule fois. Elle rapporta les symptômes qu'elle éprouvait à une maladie ancienne, et fut confirmée dans cette opinion par son médecin, qui lui prescrivit le repos à la campagne. Elle en revint améliorée, et prit l'augmentation de volume de son ventre pour un signe de guérison.

Un mois avant l'accouchement, elle revit son médecin, qui fit le diagnostic d'hydropisie et la soigna en conséquence. Dans ces conditions, l'ignorance de sa grossesse était admissible.

Il ne s'agit jusqu'ici que des femmes primipares; cependant, je puis vous citer deux cas dans lesquels des femmes, ayant déjà eu des grossesses ont pu ignorer leur état jusqu'au moment de l'accouchement.

En 1869, je fus appelé auprès de la femme d'un employé supérieur du Ministère de la guerre, qui avait méconnu sa grossesse dans les circonstances suivantes. Cette femme, *mère de trois enfants*, nourrissait le dernier qui était âgé de douze mois et demi. Depuis sa dernière couche, elle n'avait pas eu ses règles et avait pris beaucoup d'embonpoint.

Le mari passa à mon cabinet vers 2 heures, et me pria de me rendre chez lui dans la journée, parce que sa femme avait des douleurs abdominales, qu'il attribuait à des coliques hépatiques. Lui-même était retourné à son ministère.

J'arrivai près de la femme à 3 heures, et une demi-heure plus tard l'accouchement était terminé.

L'absence des règles avait été attribuée à la lactation, l'augmentation du ventre à l'embonpoint et tous les phénomènes d'une grossesse normale avaient été complètement méconnus.

Le second cas est absolument analogue; la femme, qui nourrissait, ne sut qu'elle était enceinte qu'au moment de l'accouchement.

UNE FEMME PEUT-ELLE AVOIR DES RAPPORTS INCONSCIENTS PENDANT SON SOMMEIL ?

Messieurs, il faut distinguer le *sommeil naturel* et le sommeil produit par les *anesthésiques* ou par des *manœuvres hypnotiques*.

I. — Sommeil naturel.

Il est possible qu'une femme qui a eu des rapports sexuels fréquents et surtout une femme qui a eu des enfants, puisse en avoir de nouveaux sans en conserver le souvenir à son réveil, soit à cause de la profondeur de son sommeil, soit qu'elle accomplisse l'acte en état de somnolence.

Un cas curieux de ce genre est rapporté par Hofmann (1) d'après l'avocat Cowan (de Dumfries en Ecosse).

La femme d'un aubergiste, mariée depuis seize ans, et mère de trois enfants, après une nuit blanche pendant laquelle elle s'était beaucoup fatiguée, se coucha sur un lit, tout habillée avec ses jupons et sa camisole, sur le côté gauche, comme elle en avait l'habitude. Elle s'endormit profondément. Après avoir dormi pendant une demi-heure, elle sentit un poids sur elle et, croyant que c'était son mari, elle se souleva un peu et remarqua alors qu'elle était couchée sur le dos, et que le garçon d'écurie, qui était à son service depuis quelques années, était dans la chambre et reboutonnait son pantalon. L'intromission avait eu lieu sans qu'elle en eût conscience. Le domestique fut condamné à dix ans de travaux forcés.

Vous pourrez encore être commis dans des cas où un père, un frère sont accusés d'avoir eu des rapports avec leur fille ou leur sœur.

Je vous ai dit que fréquemment, dans la classe ouvrière, un père veuf et alcoolique, rentrant ivre à son domicile et trouvant dans le logement exigu une fille, s'inquiétait fort peu de savoir si c'était la sienne, et assouvissait ses désirs au hasard.

Quand nous avons étudié la question des logements insalubres, question qui est actuellement reprise par M. Bertillon sous le nom de *surpeuplement des habitations*, il nous a été permis de constater l'immoralité résultant de l'entassement dans une seule chambre de familles nombreuses, le père, la mère, les frères, les sœurs, dont plusieurs couchent dans le même lit.

C'est en Russie que des faits de ce genre ont été le plus souvent signalés. Pour obvier à la rigueur du climat, toute la famille couche, pêle-mêle, au-dessus du poêle qui offre une disposition spéciale pour cet usage. Il est fort possible que dans ces conditions la promiscuité des individus pendant le sommeil cause de tristes erreurs.

Il semble bien improbable que les deux personnes qui ont des rapports en perdent toutes deux le souvenir ; l'une peut l'ignorer, mais l'autre doit être consciente.

Cependant, Hofmann (2) rapporte un cas dans lequel ni l'homme ni la femme n'auraient eu souvenance de l'acte accompli : « Une paysanne de vingt-trois ans, pléthorique, était atteinte de douleurs violentes dans le bas-ventre et sa vie était en danger. Devant ce pronostic grave, le fiancé de cette fille crut bon de faire remarquer que trois mois auparavant, étant ivres tous les deux, ils avaient *très probablement* pratiqué le coït. Six jours plus tard, la fille accoucha d'un fœtus de trois mois et mourut. »

(1) Hofmann, *Nouveaux éléments de médecine pratique;* Commentaires du professeur Brouardel, 1881, p. 91. — Cowan, *Edinb. Med. Journ.*, 1862, p. 570.

(2) Hofmann, *Nouveaux éléments de médecine légale* ; Commentaires du professeur Brouardel, p. 129.

II. — Sommeil dû aux narcotiques.

Messieurs, vous n'avez pas été sans avoir entendu parler d'affaires de ce genre. Une femme, qui a imprudemment suivi un monsieur en cabinet particulier, vient se plaindre qu'à un certain moment son compagnon a versé dans son verre un narcotique, qu'elle s'est endormie et que, durant son sommeil, il a abusé d'elle.

Il est curieux de voir que, dans les cas de ce genre, le terme employé par les plaignantes est toujours celui de *narcotique*, mot qui est plutôt d'une usage médical et ne se trouve guère répandu dans le public.

Le point essentiel est de savoir s'il y a eu véritablement sommeil provoqué. Messieurs, il est assez facile de vous rendre compte si la plaignante est de bonne foi ou si vous avez affaire à une simulatrice.

Dans presque tous les cas, les jeunes filles disent qu'elles ont été immédiatement abasourdies, puis qu'au bout d'une demi-heure ou une heure elles se sont réveillées et ont pu reprendre immédiatement leurs occupations sans être incommodées.

Or, vous savez que l'action des narcotiques habituels, ceux qui sont employés journellement en médecine, n'est pas immédiate, mais qu'il se passe une demi-heure à une heure avant que le malade auquel vous avez administré le médicament tombe dans le sommeil.

Quand vous êtes commis dans une affaire de ce genre, il faut donc que vous interrogiez avec soin la personne qui dit avoir été endormie, et que vous cherchiez à savoir quels symptômes elle a ressentis après l'absorption du soi-disant narcotique, au bout de combien de temps elle s'est endormie, quelle a été la durée du sommeil, et enfin si, au réveil, elle a eu des nausées ou des vomissements.

Il faut que vous interrogiez, mais il est nécessaire que vous conduisiez votre interrogatoire de façon à ne pas suggestionner la femme que vous examinerez, à ne pas lui dicter, en quelque sorte, ses réponses. Rappelez-vous que, presque toujours, les plaintes de ce genre sont déposées par des hystériques, poussées par le besoin de paraître et suggestionnables au plus haut degré.

III. — Sommeil provoqué par les anesthésiques.

Il n'y a guère que les médecins ou les pharmaciens qui connaissent l'emploi des anesthésiques et qui puissent s'en servir dans un but criminel. Cependant on a parlé il y a quelques années, et l'affaire fit un certain bruit dans la presse, d'une association franco-anglaise dont les membres avaient, disait-on, la spécialité de chloroformiser les femmes en chemin de fer pour en abuser. Pour ma part, je ne crois guère à l'existence d'une telle association, à cause des difficultés occasionnées par l'emploi du chloroforme.

Vous avez tous assisté à des chloroformisations ; vous savez que

toujours, excepté chez les tout jeunes enfants, il survient une période d'agitation très vive, pendant laquelle la personne que l'on endort fait des mouvements de défense et cherche à repousser le masque ou la compresse que l'on place devant ses narines. Il semble bien improbable qu'une personne qui, dans un wagon de chemin de fer, chercherait à en chloroformiser une autre, pousse son essai au delà de cette période, par crainte que les cris de sa victime ne soient entendus, ou parce qu'il lui sera impossible de lutter contre les mouvements de défense, qui, vous le savez, sont parfois tellement violents que deux ou trois aides sont nécessaires pour maintenir la personne que l'on endort.

Cependant la question peut être envisagée à un point de vue un peu différent : on a prétendu qu'il est possible de faire passer, sans qu'elle s'en doute, une personne du sommeil naturel dans le sommeil chloroformique. Dolbeau, qui avait alors comme interne M. Paul Berger, a entrepris des recherches à ce sujet (1).

Sur vingt-neuf expériences, dix fois il leur fut possible de chloroformiser à son insu une personne endormie. Vous voyez que si cela est possible, c'est dans une proportion assez restreinte, et il est certain que d'autres opérateurs, moins habitués au maniement des anesthésiques, auraient été loin d'obtenir des résultats positifs aussi nombreux. De plus, il est à remarquer que Dolbeau et Paul Berger faisaient leurs expériences à l'hôpital, sur des malades, c'est-à-dire sur des personnes affaiblies.

Guerrieri, qui reprit en Italie ces expériences, opérait sur des femmes idiotes, démentes ou aliénées. Ce sont là des conditions particulières, et il se peut qu'une personne, débilitée ou atteinte d'une affection mentale, s'endorme plus facilement qu'une personne saine de corps et d'esprit.

Supposez qu'un attentat de cette nature reçoive un commencement d'exécution, dans un wagon de chemin de fer. Il y a de grandes chances pour que la personne, même si elle est endormie, se réveille au moment où elle commence à passer de l'état de sommeil naturel dans le sommeil chloroformique et, à cause de l'agitation, des cris, à cause aussi de la proximité de la sonnette d'alarme qui fonctionne parfois, il est à supposer que l'auteur de l'attentat songera à la fuite plutôt qu'à toute autre chose.

Le véritable danger est pour les médecins. Je vous en ai déjà parlé, et j'y reviens, car je considère que c'est pour vous une question des plus importantes. Il peut arriver que des femmes que l'on endort à l'aide du chloroforme aient au moment de la période d'excitation, des rêves érotiques dont elles gardent le souvenir au réveil. Elles vont déposer une plainte chez le commissaire de police qui, devant les affirmations précises de cette femme, dont du reste la

(1) Dolbeau, *De l'emploi du chloroforme au point de vue de la perpétration des crimes et délits* (*Ann. d'hyg.*, 1874, t. XLI, p. 168).

bonne foi peut être absolue, ouvre une enquête et peut même procéder à une arrestation.

Deux fois je fus commis pour des cas de ce genre, une fois pour un docteur, l'autre fois pour un dentiste. Pour convaincre le juge d'instruction de l'innocence des prévenus, je dus le faire assister, dans le service de Verneuil, à une série de chloroformisations. Un non-lieu s'ensuivit, mais les praticiens accusés avaient été arrêtés et vous concevez quelle atteinte avait été portée à leur réputation.

C'est pourquoi, Messieurs, je vous conseille de ne jamais rester seule avec une femme que vous chloroformisez, qu'il y ait toujours au moins un témoin. Toutefois, il faut autant que possible que ce témoin ne soit pas le mari, car il peut arriver qu'au cours du sommeil, sous l'influence de sensations voluptueuses, un prénom qui n'est pas le sien revienne à plusieurs reprises sur les lèvres de la femme, circonstance fâcheuse, qui place les époux dans une situation délicate et peut amener, ultérieurement, des troubles dans la tranquillité du ménage.

Un autre agent anesthésique qui pourrait être employé est le *protoxyde d'azote*. Il y a quelques années, il a été expérimenté dans un but d'attentat, mais non d'attentat à la pudeur, par un monsieur qui, voulant se débarrasser d'un de ses concitoyens, l'avait entraîné dans un voyage et avait tâché de lui persuader en route qu'il était très agréable de respirer une bouteille de protoxyde d'azote, qu'il avait eu soin d'emporter. Après essai, l'autre refusa formellement.

C'est en somme un anesthésique qui théoriquement pourrait être employé dans un but criminel, mais qui, encore plus que le chloroforme, exige de la part de celui qui le manie une habitude spéciale.

IV. — Sommeil hypnotique.

Messieurs, l'étude des attentats commis pendant le sommeil hypnotique est une question médico-légale des plus difficiles à résoudre. Ici nous n'avons pas affaire à l'inculpé banal, quelconque, mais à un individu rendu capable de magnétiser par une éducation spéciale : c'est un médecin, un dentiste, un médicastre, un échappé d'arrière-boutique de magnétiseur de forain.

Jusqu'à présent les cas de tentatives criminelles pendant le sommeil hypnotique sont rares. Le premier qui ait été signalé date de 1858 (1).

La jeune Marguerite A..., âgée de dix-huit ans, se croyant malade, se fit conduire par sa plus jeune sœur, dans le courant du mois de novembre, chez le nommé C..., exerçant à Marseille, à ce qu'il paraît, la profession de guérisseur par le magnétisme. Chaque jour elle allait prendre sa séance. Vers le commencement d'avril, s'étant aperçue qu'elle était enceinte, elle porta plainte à l'autorité ; et c'est

(1) *Presse médicale de Marseille*, citée par la *Gazette des hôpitaux*, 1885, n° 106, p. 424.

alors que M. le commissaire de police nous commit tous deux (MM. Coste, directeur de l'École de médecine de Marseille, et Broquier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville) « à l'effet de constater la grossesse et l'époque à laquelle elle pouvait remonter, et en second lieu de répondre à la question de savoir si la jeune Marguerite A... avait pu être déflorée et rendue mère contrairement à sa volonté, c'est-à-dire si cette volonté avait pu être annihilée complètement ou en partie par l'effet du magnétisme ».

Les experts, s'appuyant sur un rapport de Husson fait en 1831 à l'Académie de médecine au nom d'une commission composée de Double, Magendie, Guersant, Guéneau de Mussy, Husson, etc. (1), conclurent affirmativement. Ils demandèrent en outre l'avis de Devergie qui leur répondit :

Je crois qu'une fille de dix-huit ans peut, en thèse générale, avoir été déflorée et rendue mère, contrairement à sa volonté, dans le sommeil magnétique.

Ceci est une affaire d'observation et de sentiment personnel. Mais en dehors du sommeil magnétique, il y a tant de mensonges, que je ne saurais aller plus loin.

Le sommeil magnétique est fictif ou réel ; fictif, en ce sens que toutes les personnes qui donnent des consultations ou des représentations de magnétisme ne sont jamais endormies ; réel, et alors tout rapport, tout sentiment de relation peut être interdit par le sommeil ; la sensibilité peut être émoussée et même éteinte, mettant la femme dans l'impossibilité de se défendre.

Tardieu se rangea à l'avis de Devergie (2).

Tel était l'état de la question, lorsque je fus commis pour une affaire qui se présentait dans des circonstances singulières, ainsi que vous allez pouvoir en juger (3).

Pendant l'année 1873, un dentiste du nom de Lévy, fort bel homme, vint à plusieurs reprises exercer sa profession à Rouen. Il faisait beaucoup de réclame et sa clientèle était nombreuse.

Un jour, une dame B... se présenta à sa consultation, pour faire soigner les dents de sa fille, âgée de vingt ans. Ce singulier dentiste dit à la mère qu'il était essentiel, avant de commencer tout traitement, qu'il s'assure si la jeune fille était vierge. Il examina donc sa jeune cliente, conclut qu'elle était anémique, qu'il était nécessaire d'amener une réaction du sang par les organes génitaux.

Quelques mois plus tard, Mlle B... s'aperçut qu'elle était enceinte et déposa une plainte devant les tribunaux. Le juge d'instruction crut à une simulation, attendu que la mère était constamment res-

(1) Voy. Burdin et Fr. Dubois, *Histoire académique du magnétisme animal*, 1841, p. 333.

(2) Tardieu, *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. Paris, 7e édit., 1878, p. 90.

(3) Brouardel, *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, 1898, p. 385.

tée dans la pièce où opérait Lévy, mais, par acquit de conscience, il résolut de le faire appeler. Dès que celui-ci aperçut dans le cabinet du juge son ex-cliente, il eut une exclamation des plus malheureuses pour lui. « Je vous en supplie, s'écria-t-il, ne me perdez pas ! Vous étiez pure, tout ce que j'ai vous appartient. » Après avoir ainsi spontanément avoué, il nia énergiquement, tout ce qu'on lui reprochait.

On pensa tout d'abord que la jeune fille avait été endormie à l'aide d'un anesthésique, mais les experts de Rouen démontrèrent qu'aucun anesthésique n'était capable de provoquer ainsi le sommeil sans agitation et sans qu'ensuite la personne endormie ait eu la conscience d'avoir respiré des vapeurs plus ou moins odorantes. Au cours de l'examen, ils s'aperçurent que la jeune fille présentait des stigmates d'hystérie. C'est dans ces conditions que je fus commis.

Le point principal était de rechercher si la jeune fille avait été consentante aux manœuvres de Lévy, ainsi que celui-ci l'affirmait.

J'examinai Mlle B... et je pus me convaincre rapidement qu'elle présentait des symptômes évidents d'hystérie. J'essayai de l'endormir par l'occlusion des paupières. Presque aussitôt, je sentis les globes oculaires agités de mouvements convulsifs, portés en haut et en dedans, en strabisme convergent. La tête se renversa sur le dos du fauteuil, les bras tombèrent le long du corps ; en moins d'une minute, elle était endormie. Une légère secousse suffit à la réveiller. Cette épreuve, que je répétai deux fois, donna des résultats identiques.

Voyons comment les choses avaient pu se passer.

La chambre de l'Hôtel d'Angleterre, dans laquelle Lévy donnait ses consultations, avait 7 mètres de longueur et 4 à 5 mètres de largeur. Elle était éclairée par une seule fenêtre, placée à l'une des extrémités de la pièce, vis-à-vis de la cheminée. Le fauteuil de l'opérateur se trouvait en face de la fenêtre.

A chaque consultation Lévy, priait la mère de s'asseoir près de la cheminée et faisait placer la fille sur le fauteuil, dont il avait au préalable rabattu le dossier. J'ai pu m'assurer que, le fauteuil étant ainsi disposé, le bord supérieur de son siège se trouvait à la hauteur du pubis d'une personne placée debout en avant. Les pieds de la personne assise reposaient sur un support, placé à la hauteur du jarret de l'opérateur qui se trouvait complètement masqué.

Tout étant ainsi préparé, le dentiste recommandait à sa cliente de relever avec ses doigts la lèvre supérieure et de regarder un point quelconque du plafond. Presque aussitôt elle s'endormait.

Qu'étais-je en droit de conclure ? Il m'était impossible d'affirmer que l'état de sommeil provoqué, pendant lequel l'attentat supposé avait eu lieu, eût véritablement existé ; ce que je pouvais dire, en m'appuyant sur l'autorité de Devergie, Tardieu, Lasègue (1), Mathias

(1) Lasègue, *De l'anesthésie et de l'ataxie hystériques* (*Arch. gén. de méd.*, 1864, t. I, p. 385). — *Des catalepsies partielles et passagères* (*Arch. gén. de méd.*, 1865, t. II, p. 365).

Duval (1), c'est que ces léthargies passagères peuvent être produites et que rien ne prouvait que les faits ne se soient pas passés ainsi que l'exposait la plaignante (2).

L'affaire vint devant la Cour d'assises de la Seine-Inférieure, et le 19 août 1878, malgré une éloquente plaidoirie de Me Lechaud, Lévy fut condamné à dix ans de réclusion.

Quand les délais d'appel furent passés, le Président des assises fit demander à Lévy s'il était véritablement coupable de l'attentat pour lequel il avait été condamné. Celui-ci, dans une lettre que, malheureusement, le Président égara après en avoir pris connaissance, avouait que les choses s'étaient passées,ainsi que j'avais dit qu'elles pouvaient s'être passées.

Aujourd'hui, après les travaux de Charcot, de l'École de la Salpêtrière et de l'École de Nancy, la question est beaucoup mieux connue, et il est assez facile au médecin expert de dépister l'hystérie chez les personnes qu'il est appelé à examiner, car, Messieurs, dans ces questions d'attentats commis pendant le sommeil hypnotique, la plaignante est toujours une hystérique ou une névropathe.

Cependant, même si vous êtes certains qu'une personne est hystérique ou hypnotisable, pouvez-vous affirmer qu'un attentat a pu être commis sur leur personne à leur insu? Assurément non. Vous ne devez pas oublier ce que je vous ai déjà dit des hystériques : ce sont des simulatricee de la plus grande habileté, ce sont des personnes qui veulent paraître, qui désirent qu'on s'occupe d'elles, de sorte que, même lorsque vous avez reconnu la possibilité de la véracité de leurs assertions, vous ne pouvez, en présence des doutes que vous êtes en droit d'avoir sur la bonne foi des hystériques en général, conclure que par une formule miltigée, dans laquelle vous direz que les actes incriminés ont pu être accomplis, mais sans donner une affirmation plus formelle.

SUR LE PASSAGE DU SUBLIMÉ DANS LA CIRCULATION PLACENTAIRE.

Certaines substances, employées à l'intérieur comme abortives, n'agissent-elles que parce qu'elles empoisonnent la mère, et provoquent secondairement l'avortement? Ou pénètrent-elles dans le fœtus dont elles déterminent directement la mort ?

Pour résoudre cette question, Borri a fait récemment des recherches sur le phosphore, qui dans les pays les plus divers, est employé avec une certaine prédilection comme abortif. Il paraît, d'après des travaux faits en Suède, que le phosphore mérite sa ré-

(1) Math. Duval, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Hypnotisme, t. XVIII, 1874, p. 123.

(2) Brouardel, *Accusation de viol accompli pendant le sommeil hypnotique. Relation médico-légale de l'affaire Lévy, dentiste à Rouen* (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1879, 3e série, t. I, p. 39).

putation, qu'il détermine souvent la fausse couche, sans que la vie de la mère soit compromise.

Plusieurs auteurs ont démontré (Borri-Miura) que dans les empoisonnements de la mère par le phosphore (ac. phosphorique), on trouve les lésions caractéristiques de l'empoisonnement dans le fœtus.

Dans différentes circonstances, il m'a semblé que lorsque des femmes enceintes avaient absorbé du sublimé, c'était, non pour se suicider, mais dans le but de se faire avorté, et c'est ce qui m'a porté à étudier le problème de plus près.

Les résultats obtenus jusqu'à présent sont contradictoires.

Porak a expérimenté sur des cobayes, auxquels en 6 ou 8 semaines il avait fait absorber 120 à 150 mmg. de sublimé : le mercure existait dans le placenta, mais non dans l'embryon.

Or, dans tous les cas les animaux avortaient à la suite de la mort intra-utérine du fœtus ; une seule fois les embryons naquirent vivants, mais mal développés et en partie paralysés. Porak attribue l'avortement à l'accumulation de Hg. dans le placenta, troublé dans ses fonctions : le sublimé peut donc être considéré comme abortif.

Domenico Mirto est arrivé à des résultats différents. Il a empoisonné deux chiennes et deux lapins avec des doses assez fortes de sublimé en solution concentrée et chaque fois il a retrouvé le poison, non seulement dans les organes de la mère et dans le placenta, mais aussi dans le fœtus.

L'auteur a fait un grand nombre d'expériences sur différents animaux, souris, lapins, cobayes ; il a remarqué d'abord qu'il n'existe aucune différence dans la manière dont ils ont réagi.

Chez tous les animaux, dans les cas d'empoisonnement aigu par de fortes doses de sublimé, il a constaté que le poison avait pénétré dans le fœtus, dans certains cas, il est vrai, d'une façon presque inappréciable (1 cobaye et 1 lapin). Non seulement nous avons trouvé le Hg. dans le fœtus, mais les reins présentaient les lésions anatomiques de l'empoisonnement par le Hg.

Lorsqu'au contraire nous avons donné aux femelles pleines (chiennes et lapins) le sublimé en petites doses fréquemment répétées, nous n'avons retrouvé aucune trace du poison dans l'embryon, ni par l'analyse chimique, ni par des lésions anatomiques.

Nous admettons donc que, dans cette espèce d'empoisonnement, le sublimé ne passe pas dans le système vasculaire du fœtus, comme du reste Porak l'avait constaté dans ses recherches sur les cobayes.

Nous pensons que cette différence s'explique de la façon suivante : dans l'empoisonnement aigu par le sublimé, il se produit dans le placenta, comme dans d'autres organes, des altérations de tissu profondes, et c'est par les parties altérées que le sublimé pénètre dans le fœtus, alors qu'à l'état normal le passage ne pourrait avoir lieu.

C'est un point que l'auteur se propose d'étudier ultérieurement.

Pour l'empoisonnement aigu, on faisait absorber la solution concentrée de sublimé par la sonde ou par injection sous-cutanée. L'autopsie était pratiquée aussitôt que possible après la mort.

Les animaux traités par petites doses recevaient jusqu'au moment où ils mettaient bas spontanément ; les petits étaient aussitôt tués et examinés sauf un d'entre eux auquel on laissait la vie pour étudier son développement ultérieur. Les mères continuaient à vivre. Nous n'avons fait d'exception que pour une lapine qui, ayant une première fois dévoré ses petits, aussitôt après leur naissance, fut asphyxiée par l'éther peu avant le moment où elle devait mettre bas de nouveau. Chaque fois nous pratiquâmes l'analyse chimique et l'examen microscopique des organes.

Tel est donc, en résumé, le résultat des recherches de M. le Prof. Strassmann. Je n'ai pas besoin d'insister davantage sur leur importance au point de vue médico-légal.

GYNÉCOLOGIE

INDICATIONS DU TOUCHER INTRA-UTÉRIN

Dans les cas de rétention placentaire, de même que dans tous les cas où nous soupçonnons la présence d'une tumeur intra-utérine, de quelque nature qu'elle soit, dit Godart, il est indiqué, avant d'employer la curette, d'ouvrir largement le col au moyen des dilatateurs de Hégar, et au besoin en pratiquant la discision cervicale. Nous avons alors une porte bien ouverte qui permet de faire le toucher intra-utérin et se rendre un compte exact de la situation, de la consistance et par là de la nature précise de la tumeur à extirper.

C'est à B.-S. Schultze que nous devons ce procédé d'examen. Sänger a, dans le *Centralblatt für Gynäkologie*, rappelé l'attention des gynécologues sur le toucher intra-utérin comme premier temps du curettage. Chez les multipares cette opération préliminaire n'offre aucune difficulté d'exécution, la dilatation par les tiges de Hégar suffit à livrer passage au doigt explorateur. Mais

dans beaucoup de cas où l'étroitesse du col forme un obstacle sérieux, la dilatation rapide n'est pas sans danger, on doit alors procéder lentement et commencer par l'introduction de fines tiges de laminaire. Banga, de Chicago, a fortement prôné ce moyen de diagnostic. Assurément les dangers d'infection par le laminaire ont bien diminué depuis que nous parvenons à le stériliser complètement.

L'examen digital augmente la valeur de notre diagnostic en précisant ce que le curettage explorateur et l'examen microscopique nous donnent ; la sonde comme moyen d'exploration est insuffisante et n'offre jamais la délicatesse du doigt lui-même. Quand la rétention placentaire s'accompagne de fièvre ou de putréfaction des débris, il y a danger d'employer les laminaires qui ferment complètement le col et exposent aux reflux septique vers les trompes. La dilatation par les tiges de Hégar suffirait dans presque tous les cas.

Une autre indication du toucher utérin est la présence de myomes ; on pourra préciser la situation des noyaux fibreux et, dans certains cas, éviter l'hystérectomie. On aura alors la ressource d'user de l'hystérotomie antérieure de Doyen.

Quand un ou plusieurs curettages ont été faits sans résultats, il faut absolument par le toucher direct s'assurer de l'état de la cavité utérine.

Dans les cas de tumeur maligne non accessible par les moyens ordinaires d'investigation, le doigt sera encore notre meilleur guide pour le diagnostic.

La narcose est absolument nécessaire, hormis les cas d'avortements récents chez les pluripares dont le col est très ouvert.

Notons encore le procédé recommandé par Sänger pour la désinfection des laminaires : on les plonge pendant une minute dans une solution d'acide carbolique à 5 p. c., puis on les conserve dans une solution d'éther iodoformé. Avant leur emploi, il suffit de les laver dans une solution sodique à 1 p. c. bouillante. Tant qu'il n'y a ni fièvre ni petitesse du pouls, les laminaires peuvent rester dans le col préalablement désinfecté.

TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE (DE CAUSE MÉDICALE).

(G. Lyon.)

Repos absolu au lit ; le conseiller à titre préventif, un jour ou deux avant l'époque présumée de l'apparition des règles.

Applications de serviettes chaudes, de compresses humides chaudes, de cataplasmes sur le bas-ventre.

Frictions avec de l'huile de camomille camphrée, avec un liniment calmant :

Extrait de belladone..... } ââ 5 grammes
Extrait de jusquiame ..... }
Baume tranquille..... 100 grammes

Bains de siège narcotiques :

Feuilles de morelle..... }
— de belladone..... } ââ 30 grammes
— de jusquiame ..... }

Têtes de pavot n° 2.

Lavements amidonnés et laudanisés (IV à X gouttes de laudanum).

Lavements d'infusion de valériane (10 grammes) ou d'eau additionnée de valérianate d'ammoniaque de Pierlot (une cuillerée à dessert).

Antipyrine, en lavement dans une petite quantité d'eau injectée avec la poire ou une seringue.

Employer de plus les moyens suivants si le flux menstruel est d'abondance anormale ou exagérée :

Ergotine..... 0 gr. 10
Sulfate de quinine..... 0 gr. 02
Poudre de feuilles de digitale ..... 0 gr. 01
Pour une pilule. 3 à 5 par jour. (Dalche).

Hydrastis canadensis (extrait fluide 60 gouttes par jour, par prise de 20 gouttes, dans de l'eau sucrée).

Viburnum prunifolium (extrait fluide ou teinture, mêmes doses). Souvent associé à l'hydrastis.

Piscidia érythrina (id.).

Teinture de viburnum prunifolium. } ââ 15 grammes
Teinture de piscidia erythrina ..... }
XX gouttes, quatre ou cinq fois par jour.

Hamamelis virginica (extrait fluide 4 à 8 grammes : teinture de feuilles XX à XXX gouttes ; extrait sec, 0 gr. 05 à 0 gr. 20).

Seneçon (extrait fluide américain LX gouttes par jour, en trois fois, d'heure en heure).

Extrait fluide américain LX gouttes par jour, en trois fois d'heure en heure.

Extrait fluide américain de seneçon. 4 grammes.
Elixir de Garus ou sirop d'écorces d'oranges amères..... qs. pr 160 gr.
3 à 4 cuillerées à soupe.

Formules diverses :

Antipyrine..... } ââ 10 grammes
Bromure de potassium..... }
Extrait fluide de viburnum prunifolium..... 20 grammes

Cognac	ãã	30 grammes
Sirop d'écorces d'oranges		
Eau distillée		120 grammes

2 à 4 cuillerées à soupe.

Acétate d'ammoniaque liquide		30 grammes
Teinture de piscidia erythrina	ãã	8 grammes
Teinture de valériane		

Une à trois cuillerées à café dans de l'eau sucrée.

Si la dysménorrhée survient chez des femmes dont les règles sont peu abondantes et difficiles, employer les moyens suivants :

Bains de siège très chauds ; bains de pieds sinapisés ; sinapismes à la face interne des cuisses.

Apiol en capsules de 0 gr. 20. Deux par jour.

Feuilles d'armoise	5 à 10 grammes
Feuilles d'absinthe	

Pour une infusion d'une tasse édulcorée avec du sirop de safran.

Safran :

Asa fœtida	ãã	0 gr. 10
Safran pulvérisé		
Extrait de valériane		0 gr. 05
Extrait gras de cannabis		0 gr. 02

Pour une pilule. 3 par jour.

Acétate d'ammoniaque liquide	5 grammes
Hydrolat d'orange	40 —
Hydrolat de mélisse	80 —
Sirop de safran	30 —
Laudanum de Sydenham	V gouttes

A prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure, puis de deux en deux heures.

(Delioux de Savignac.)

Formules diverses :

Salicylate de soude	10 grammes
Punch au rhum	60 —
Eau distillée	100 —

2 cuillerées à soupe par jour.

(Chéron.)

Alcool de mélisse	ãã	15 grammes
Teinture de safran		
Teinture d'iode		

XII gouttes avant chaque repas.

LA PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES CHEZ LA FEMME (1)

Systèmes de réglementation actuellement en vigueur et dissémination des maladies vénériennes.

(SUITE.)

Nous avons montré que l'ignorance des malades et le peu de douleur causé par les accidents contagieux contribuaient parfois à répandre la syphilis. L'incubation des accidents est redoutable non moins que l'irrégularité, l'imprévu, la pérennité de ces lésions bucco-linguales, par exemple, si facilement récidivantes, grâce à l'insuffisance du traitement.

Un mari, voyageur de commerce, voit une insoumise quelconque. Il s'observe ensuite pendant un certain temps ; ne voyant rien survenir, il se croit indemne et risque un rapport conjugal, malgré une pustulette indolente, apparue depuis deux jours, plus d'un mois après ce coït suspect qu'il avait déjà oublié.... L'épouse fut contaminée. C'est encore le fait de la non-surveillance de la prostitution clandestine.

Notons, enfin, que beaucoup de jeunes prostituées insoumises sont administrativement catégorisées comme de simples vagabonds ; il est vrai de dire que c'est plutôt la blennorrhagie que la syphilis qu'elles répandent.

De tous ces faits découle directement la conclusion qu'une société civilisée, c'est-à-dire éclairée et soucieuse de ses devoirs, ne peut rester indifférente à tant de misères. Qu'elle fasse d'abord son devoir ; elle aura ensuite, mais alors seulement, le droit de se montrer exigeante.

En vérité, Messieurs, après tous ces exemples, pris au hasard, nous le répétons, et pour ainsi dire dans le tas de faits rigoureusement observés et formellement vécus, ne vous sentez-vous pas convaincus, comme nous, qu'il y a quelque chose de mieux à faire que d'attendre, les bras croisés et les yeux fermés, que l'hygiène protectrice et la morale aient accompli leur bienfaisante action ? Ne pensez-vous pas que la société civilisée et éclairée a bien le droit et le devoir de protéger, de sauvegarder la santé publique par des mesures temporaires et provisoires, espérons-le, mais en rapport avec les nécessités du moment, et plus complètes, plus efficaces, mieux dirigées que ce qui a été fait jusqu'à ce jour

(1) Rapport de M. le Dr Barthélemy à la Conférence internationale de Bruxelles (1899).

et qui est manifestement insuffisant, puisque le nombre des cas de syphilis n'est malheureusement pas encore en voie de diminution.

Il faut être de son temps, il faut être pratiquement de son époque, comme l'ont conseillé certains penseurs et même les ironistes comme Daumier ; il faut se souvenir que le mal en permanence agit sans trêve : chaque jour éclosent de nouvelles véroles !

VI

Nous connaissons certes les causes morales qui peuvent amener une femme à perdre le respect de sa personne. Nous n'ignorons pas que tels hobereaux de village ou tels patrons, sortes de pachas d'atelier, ne cessant de faire d'obscènes propositions à leurs employées, en abusent, les rendent mères, puis les abandonnent sans ressources matérielles ; les ayant fait douter de tout, ils contribuent puissamment à entraîner dans la voie du malheur, de la honte, de la maladie et des misères morales et physiques, certaines filles faibles et sans soutien moral ; nous n'ignorons pas que, certains, faisant presque métier ou se faisant presque gloire de séductions, créent les malheureuses et les découragées. Mais aussi, il ne faut pas méconnaître que nombreuses sont les déviées, les dépravées, les vicieuses, les paresseuses, les gourmandes, etc., qui, par le fait de mauvais exemples et quelquefois aussi de certaines perversions physiques constitutives dont elles sont les victimes non responsables, sont tellement prédisposées à la prostitution que, non seulement elles n'offrent à l'entraînement aucune espèce de résistance, mais encore qu'elles sont d'elles-mêmes directement provocatrices ; ce qui fait faire cette réflexion que, si ce n'est pas aujourd'hui avec celui-ci, ce sera demain avec cet autre, mais que la chute est fatale.... On voit bien le chemin que dès lors elles vont suivre ; mais, hélas ! c'est la maladie contagieuse plus souvent que le bonheur et l'aisance ou même seulement la satisfaction de leurs besoins qu'elles vont conquérir... c'est la syphilis pour elles et pour ceux qui les approcheront et pour ceux qu'ensuite tous ces malades viendront à engendrer...

Quel que soit son malheur, cette femme est devenue physiquement dangereuse et le mal est fait quand arrive le médecin.

Dès lors, il faut avant tout traiter la malade : il faut la soigner, d'abord pour elle, première victime, puisqu'elle n'a pas produit, mais simplement reçu la maladie pour longtemps transmissible; il faut la traiter ensuite pour les autres ; car, dorénavant, sans amoindrir, ni diminuer son mal et sans améliorer son état,

elle sèmera, propagera la maladie, et cela, de tous côtés, vers d'innocents enfants aussi bien que vers des adultes débauchés ; et tous, à leur tour, infectés par elle, formeront de nouvelles sources, bien longues à tarir, où s'alimenteront de nombreuses contaminations.

Quel que soit donc le côté sous lequel on envisage la question, la société se trouve en face du même devoir nettement tracé : il faut qu'elle sache protéger ses membres sains, heureusement toujours les plus nombreux, contre les membres infectés ; et pour cela elle devra distribuer les médicaments appropriés, gratuitement et en aussi grande quantité que le commandera le service public qu'il y a lieu d'instituer ; elle devra multiplier les facilités de panser et de guérir le mal qui n'aura pas pu être prévenu.... Alors seulement la société aura le droit de demander compte à celles qui continueront à nuire à la santé d'autrui, et d'isoler jusqu'à disparition du péril les inconscientes, les malveillantes, les insouciantes et toutes celles qui, pour une raison ou pour une autre, se montreraient réfractaires aux exigences de l'hygiène et de la prudence, comme à celles de la santé publique.

Il faut qu'à l'époque où nous vivons, on ne voie plus de femmes dont les muqueuses sont couvertes depuis plusieurs mois des lésions les plus contagieuses de la syphilis secondaire, être isolées depuis la veille seulement : « Quand avez-vous vu un homme pour la dernière fois ? — Mais, avant-hier, monsieur. — Combien en aviez-vous vu dans ce jour ? — Quatre, monsieur. — Etait-ce ainsi les jours précédents ? — Oui, monsieur, deux au moins, cinq au plus !.... » Voilà les réponses faites avec la plus entière sincérité et les actes commis avec la plus parfaite inconscience.

Que penser d'une société qui laisserait sans aucune entrave propager à l'infini une maladie qui tue les enfants dans le sein de la mère, qui fait les avortements, qui crée nombre d'imbéciles, d'infirmes, de déments, de dégénérés !... qui, sous des débuts insignifiants peut, véritable tunique de Nessus, torturer ses victimes pendant des années et souvent finir par les mutiler avant de les détruire totalement.

Et cela aura lieu, comme vient de le faire si bien remarquer M. le professeur Fournier, à une époque où, sous la pression de la raison et du discernement, on commence partout à accorder à l'hygiène la place qui lui convient au plus grand profit de l'humanité ? On épure l'alcool au point de parler d'un monopole d'Etat ; on surveille partout, et avec raison, les produits toxiques ; on poursuit les falsifications alimentaires de toutes sortes, on con-

trôle les restaurants, les commerces de vins et de denrées, les pharmacies et tout ce qui se consomme ; la réglementation ne met donc pas la prostituée hors du droit commun ; elle l'y fait rentrer, tout simplement. On prend des arrêtés contre les industries insalubres, etc... et on laisserait librement, impunément se développer une maladie aussi meurtrière, un fléau aussi terrible et aussi répandu que la syphilis !... Martineau a écrit il y a quelques années : « Être partisan de la liberté de la prostitution c'est se montrer partisan de la liberté d'empoisonnement, de la liberté de l'infection ! Cet illogisme serait un anachronisme ; il ne peut plus être sérieusement soutenu de nos jours. »

Sur 4.070 cas de maladies vénériennes relevés par Lefort, au Midi (*Voir* Discussion de l'Académie de médecine de Paris), 3,131 étaient dus à des prostituées insoumises contre 780 dus à des filles soumises. Commenge, sur 27.034 insoumises examinées en dix ans, a trouvé près du tiers, 8,683 reconnues malades et contagieuses.

En somme, les prostituées non surveillées sont les agents les plus actifs de l'incessante rénovation et de la propagation des virus vénériens. Voilà ce que démontrent les faits étudiés et comparés sans parti pris et non pour les besoins de la cause. Il y a lieu de le déclarer une fois de plus ; et il faut que la voix médicale se fasse entendre et que les médecins le déclarent sans réserve à ceux qui ne sont pas à même d'étudier la question sous le même point de vue, et à ceux qui voudraient, dans la bonté de leur cœur, voir le monde autrement qu'il n'est, ainsi qu'à ceux qui, détenant les pouvoirs publics, ont mission de protéger la santé et de faire passer dans la pratique, avec autant de tact et de douceur que possible, le résultat des recherches spéculatives et les indications des plus récents progrès scientifiques.

VII

La provocation publique ne doit évidemment être réprimée que quand elle est professionnelle, scandaleuse ; mais il n'est pas moins certain qu'il y a obligation de la restreindre parfois et de la rendre moins active et plus discrète. « J'ai résisté, depuis que j'habite Paris, plus de deux cents fois, nous disait récemment encore une victime ; j'ai cédé cette fois ; je ne sais comment cela a pu se faire ; ... me voilà pincé ! »

A un autre, c'est son parapluie qui a été pris ; car la provocation revêt parfois les formes les plus inattendues. Il revenait chez lui avant le dîner, sans penser à mal, marchant vite et le parapluie sous le bras... Tout d'un coup, le parapluie, violem-

ment tiré, disparaît. Le temps de se retourner et d'apercevoir une femme se sauvant avec le parapluie dans un corridor. Le passant s'élance et arrive essoufflé dans la chambre d'où il redescend quelques instants après. Bientôt se déclarait une violente blennorrhagie...

En tout état de cause, il faut éloigner la provocation des écoles, des maisons d'éducation, des réunions de jeunes gens : il y a quelques années une femme ne fut-elle pas arrêtée pour avoir contaminé en peu de semaines plus de vingt enfants externes d'un grand pensionnat de Paris, auxquels elle ne demandait que quelques sous !

Il faut d'ailleurs prendre les mêmes mesures de voirie pour toutes les grandes agglomérations et notamment dans les *villes d'eaux*, d'où, trop souvent, les malades rapportent la syphilis. Deux de nos jeunes clients vont aux Eaux et en reviennent, l'un ayant perdu au jeu cinquante mille francs, l'autre ayant gagné la syphilis : c'est encore le premier le moins à plaindre ; car, on sait comment la syphilis commence, on ne sait pas comment elle finit ?...

Mais, dira-t-on, c'est la réglementation que vous maintenez plus que jamais, la réglementation qui est l'âme, la clef de voûte de l'ancien système, qui a causé tant d'erreurs et tant d'abus et qui a soulevé tant de protestations légitimes !

Messieurs, certes, s'il faut surveiller, il faut réglementer ; et il faut le faire sans se souvenir que les souteneurs sont des électeurs.

Mais, est-ce à dire que l'on ne peut pas mieux organiser le système qu'il n'a été fait jusqu'ici ? C'est tout un programme de détails qu'il n'est malheureusement pas possible d'esquisser ici, où il n'y a lieu que de poser la question et de prouver la nécessité d'une réglementation plus douce et plus large sans être moins clairvoyante ; et ce n'est certes pas impossible. Il ne s'agit pas d'une aggravation, mais d'une rectification et surtout d'une meilleure adaptation.

En tout cas, ce n'est pas la réglementation qui est contraire à la dignité de la femme ; c'est bien plutôt la maladie vénérienne et surtout cette syphilis qu'elle peut répandre ensuite tout autour d'elle, produisant des dégénérescences et des infériorités organiques qui peuvent se faire sentir jusqu'au delà de la seconde génération, et créant au milieu de ses victimes de nombreux mysogynes.

La surveillance, Messieurs, n'a pas supprimé la syphilis ; c'est parce qu'elle n'a pas été faite comme il le fallait, elle a permis

à certains cas de syphilis de se produire, c'est encore la faute de l'application et non du système ; tout cela est facile à modifier. Tous les voleurs ne sont pas arrêtés, il ne vient à l'idée de personne de supprimer les gendarmes.

Il est impossible, en tout cas, de nier les grands services que la réglementation rend journellement, en dépit de son organisation défectueuse, à Paris.

Voyez ces femmes en pleine contagion, — en voici des photographies et des moulages pris sur nature -- c'est en cet état qu'elles nous arrivent, c'est en cet état qu'elles vont demander des soins dans les hôpitaux généraux où il n'y a pas toujours de place pour les recevoir. On leur donne bien les médicaments ; mais il faut qu'elles pourvoient à leur logement et à leur nourriture ; et pour cela il faut que, dans l'état de maladie, elles continuent leur métier de prostituées. — Eh bien ! voyez le nombre qu'elles sont, et les victimes qu'elles font jusqu'au jour où on les oblige à se traiter en leur donnant avec l'asile, les soins gratuits, mais obligatoires que leur état de santé commande.... Et jusqu'à ce moment, c'est en cet état de virulence extrême et de contagion permanente, nous ne saurions trop le répéter, qu'elles voient de trois à cinq hommes par jour, et cela pendant des mois.... (les observations en font foi) avant d'être traitées, secourues, isolées.... (toujours parce que la syphilis n'est qu'exceptionnellement douloureuse). — Or, sur ces cinq hommes, mettez que trois, que deux seulement, soient vulnérables, voyez le nombre de victimes durant les deux ou trois mois de liberté avant que le hasard les fasse tomber sous le coup de la surveillance obligatoire... Multipliez ce chiffre par le nombre de prostituées détenues pour raison de santé — et multipliez le tout par cinq, c'est-à-dire par le nombre des services de Saint-Lazare, et vous vous rendrez compte du rôle véritablement protecteur de la santé publique que joue ce système de surveillance, même dans l'état de défectuosité où le laissent depuis trop longtemps les pouvoirs publics et la routine administrative.

Que serait-ce si l'institution était faite sérieureusement et sincèrement, si elle était dotée de tous ses moyens de salutaire action? Ceux qui sont ainsi protégés, le sont réellement et sont déjà en nombre respectable ; c'est incomplet sans doute, mais tel que cela existe, c'est cependant d'une incontestable utilité ! Avec un peu de volonté et de suite dans les idées, il serait facile de rendre efficace cette protection tout en la faisant tolérante, éclairée, douce, charitable, bienveillante, clémente, humaine enfin, et véritablement bienfaisante.

VIII

Cette exposition de faits ne peut ici se prolonger ; nous avons dû soumettre votre attention à une trop longue épreuve ce dont nous nous excusons ; — il n'est que temps de terminer.

En attendant que des progrès nouveaux soient accomplis en thérapeutique, progrès dont il ne faut pas douter et que l'avenir tient en réserve pour des temps prochains ; en attendant que l'hygiène, unie à la morale, ait réalisé son œuvre féconde, nos conclusions seront les suivantes que nous espérons bien vous voir appuyer de votre autorité morale : Remettre une question n'est pas une solution.

Rien ne sert de fermer les yeux devant le péril vénérien. Si l'on feint de ne pas l'apercevoir, si l'on ne daigne pas reconnaître son existence, il n'en existe pas moins *et il sévit en permanence.* Nous pensons que la réglementaion doit être conservée, mais améliorée ; la défense de la société moderne contre l'antique syphilis doit être complétée par une série de mesures appropriées aux mœurs actuelles. Les visites médicales doivent être plus fréquentes, plus minutieuses et contrôlées par des inspecteurs sanitaires ou d'hygiène. Des dispensaires multiples doivent être organisés, sous la direction de médecins compétents, où des pansements pourront être fréquemment pratiqués, où des médicaments seront gratuitement distribués. Le dispensaire central, outre qu'il remplira la fonction de tous les autres, devra être transformé en *asile sanitaire municipal,* où les malades recevront des soins avec obligation d'y séjourner tant que la contagion existera, mais où les femmes seront traitées en malades et nullement en coupables.

Messieurs, l'heure est venue où cette grande œuvre de préservation sociale doit être accomplie ; c'est pour cette entreprise que vous êtes compétents, et c'est tout au moins pour en jeter les bases que nous sommes réunis et conviés. Il ne faut pas abolir, détruire ce qui existe ; il faut perfectionner, améliorer. Blâmez les écarts, corrigez les erreurs, supprimez les abus, mais protestez contre l'abolition de toute réglementation, laquelle n'est en définitive qu'un aveu d'impuissance et une véritable capitulation devant l'infection. Ce ne serait plus de l'indulgence ou de la bonté dictée par un esprit large et tolérant, ce serait un défaut de clairvoyance ou une coupable inertie. La question de la syphilis, de la lèpre moderne, est devenue une question internationale, sociale au premier chef — depuis que le service militaire obligatoire appelle dans les villes tous les hommes des campagnes, depuis

que les moyens de transport rapides et faciles, ont pour ainsi dire supprimé les frontières. Il n'est plus aujourd'hui aucune nation civilisée qui puisse se désintéresser du problème de la syphilis qui fait des victimes dans tous les mondes, dans tous les milieux.

Messieurs, excusez-nous de vous avoir entretenus si longtemps de choses tristes et d'avoir parfois tenu devant vous les propos risqués qu'exigeait la question. Ne fallait-il pas, pour permettre aux bonnes volontés et aux aspirations généreuses de se diriger vers le bien à réaliser, préciser les points où le mal pouvait être atteint ?

Il fallait des faits et non des illusions... Saint Chrysostôme soutenait déjà les auteurs qui signalent le mal et indiquent le remède, en les comparant à « ceux qui ne craignent pas de souiller leurs mains lorsqu'il s'agit de panser des ulcères ». Montaigne, de son côté, recommande « d'oster le masque plus encore des choses que des personnes ».

Mais, peut-être le remède indiqué ne vous sied qu'incomplètement. Écoutez alors cet avis d'Horace que nous pourrons traduire comme il suit : « Si vous connaissez quelque chose de mieux, que votre discernement l'exprime sans réserve ; sinon, faites ce que je conseille après que la réflexion m'a convaincu que c'est bien ce qu'il y a de moins mauvais jusqu'à ce que la perfection ne nous échappe plus. »

(*A suivre.*)

PÉDIATRIE

—

TRAITEMENT DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE CHEZ L'ENFANT,

Par M. le Dr Gaston Lyon (1).

La forme chronique de l'entéro-colite chez l'enfant est habituellement précédée par une *phase aiguë* d'entéro-colite qu'il faut traiter comme toute entérite aiguë.

Si l'enfant est au sein, on espace les tétées ; s'il est élevé au biberon, on lui donne du lait stérilisé ou plutôt on le soumet d'abord à la diète hydrique (eau bouillie, à raison de quatre cuillerées à café toutes les demi-heures). Chez les enfants déjà sevrés, le lait doit également constituer l'unique aliment. S'il est mal

(1) *Monographies cliniques*, n° 22, 15 février 1900 (Masson et Cie, éditeurs).

toléré, on donne pendant un jour ou deux, même davantage, des infusions de thé, de la décoction d'orge avec un œuf battu, de la décoction blanche de Sydenham conservée dans de la glace (Guinon), puis du bouillon de poulet dégraissé. On calme les douleurs par des applications de compresses chaudes, de cataplasmes, par des bains tièdes à 35° de 10 minutes. La fièvre est-elle élevée, dépasse-t-elle 39°, on remplace le bain tiède par le bain frais à 30° d'abord, puis à 28°, 25°, renouvelé toutes les 4 heures et d'une durée de 5 minutes.

Comme chez l'adulte, les grands lavages constituent le meilleur moyen de réaliser l'antisepsie de l'intestin (2 grammes de borate de soude par litre d'eau bouillie) ; mais les lavages peuvent provoquer des douleurs au début de la maladie et doivent être employés avec prudence ; il ne faut pas introduire à la fois plus de 100 grammes de liquide. Il vaut mieux même n'en faire usage que quand les bains, la diète hydrique, ont modéré l'intensité du processus inflammatoire.

Pour calmer le ténesme on peut faire usage du laudanum (I à III gouttes, suivant l'âge, en lavement dans une cuillerée d'eau à 40°), et de l'antipyrine (0 gr. 05 — 0 gr. 10, 3 ou 4 fois par jour dans de l'eau alcaline).

Chez les enfants au-dessus de 3 ans on peut employer la poudre de Dower.

Quand les selles sont putrides, il est indiqué d'employer le calomel à doses fractionnées (0 gr. 01 — 0 gr. 02 en 3 ou 4 paquets.; un paquet d'heure en heure, pour un enfant d'un an ; 0 gr. 03 pour un enfant de 2 ans).

Quand la convalescence commence, on prescrit chez les enfants sevrés un régime très sévère : panades, soupes au lait, tapioca au bouillon, lait stérilisé, œufs peu cuits, crèmes, purées de légumes secs, cervelles, ris de veau, poissons frais. (Pas de légumes verts, pas de vin.)

A ce moment, si la constipation s'établit, on la combat avec l'huile de ricin ou la magnésie.

Quand la colite revêt le caractère dysentériforme, avec selles sanglantes, ténesme, etc., l'ipéca est indiqué. On prescrit une infusion de racine d'ipéca (0 gr. 30 — 0 gr. 80 dans 100 ou 200 grammes d'eau).

Si des complications surviennent, s'il y a tendance au collapsus, les bains chauds, les boissons chaudes, et surtout les injections de sérum 100 — 150 grammes (en 2 fois) seront les moyens à employer.

D'ailleurs l'injection de sérum à petites doses (10 à 20 grammes) sera utile chez tous les enfants déprimés.

Dans la *colite chronique* de l'enfant, avec constipation habituelle, rejet de muco-membranes, colite qui succède habituellement à ces formes aiguës, le traitement est le même que pour les adul-

tes : lavages de l'intestin, lavements huileux (150 grammes), huile de ricin à petites dose ou massive (10 à 50 grammes par jour), calomel de temps à autre. Henoch prescrit l'acide chlorhydrique contre les troubles gastriques :

Acide chlorhydrique	0 gr. 50.
Eau distillée	100 gr.
Gomme arabique	1 gr.
Sirop d'althæa	20 gr.
Teinture thébaïque	II-IV gouttes.

Une cuillerée à café ou à dessert 3 ou 4 fois par jour.

Comby fait prendre, 10 jours par mois, matin et soir, dans une cuillerée d'eau sucrée, un paquet contenant :

Bicarbonate de soude	ãã 0 gr. 25
Magnésie calcinée	
Poudre de noix vomique	0 gr. 01

(Un demi-centigramme de noix vomique par jour et par année d'âge.)

L'alimentation consistera en potages maigres, panades légères, poissons maigres et bouillis, cervelles, ris de veau, œufs à la coque, purées de légumes, fruits cuits, crèmes.

Le massage de l'intestin est d'autant plus indiqué que la tonicité de l'intestin est moins compromise dans le jeune âge que chez l'adulte.

On pourra conseiller une cure thermale à Plombières, Châtel-Guyon, Hambourg, Kissingen.

REVUE PROFESSIONNELLE

—

NE TOUCHEZ PAS AUX SAGES-FEMMES

La sage-femme n'est pas méchante, pourvu qu'on la laisse exercer à sa guise ses petits talents ; mais quand on l'attaque, elle se défend, *unguibus et rostro*, témoin l'histoire suivante qui nous arrive toute fraîche de Belgique. Il existe là-bas une commission de revision de la législation sur l'art de guérir, et cette commission a eu la malencontreuse idée de préparer quelques « instructions à l'usage des sages-femmes », instructions qui imposeraient à celles-ci l'obligation de mettre des manches en caoutchouc ou en toile propre pour donner leurs soins à une femme en couches. D'où pleurs, gémissements, trépignements, grincements de dents. Une des représentantes de la corporation de nos coadjutrices ès-naissances adresse à cette occasion la lettre suivante au directeur d'un Journal d'accouchements :

« Monsieur,

Voulez-vous bien permettre à une de vos anciennes élèves de vous demander de protester au nom des accoucheuses contre les mesures extraordinaires que le gouvernement veut nous imposer ? Cette commission qui réclame pour nous les fameuses manches en caoutchouc ne pourrait-elle assister à l'une ou l'autre de vos leçons ? Vous nous avez toujours recommandé d'avoir les ongles, les mains et les bras propres, d'user largement des antiseptiques avant de toucher une femme et avant de nous rendre auprès d'une cliente d'éviter toute cause d'infection par nos vêtements, nos visites antérieures. Nous suivons ces principes et même, MM. les membres de la commission l'ignorent sans doute, nous sommes un peu coquettes et, ma foi, puisqu'il faut l'avouer, nos bras ne sont pas laids et il ne nous déplaît pas trop de les montrer bien beaux, frais et roses : nous aimons à retrousser nos manches et les caoutchoucs du gouvernement nous gêneraient horriblement.

Dans la pratique (c'est ordinairement inné chez la femme) nous sommes soigneuses et si une accoucheuse n'est pas absolument propre, elle constitue une véritable exception et elle fait fuir la clientèle. La commission du gouvernement devrait savoir que nous ne sommes plus des matrones de l'ancien temps ; les études que nous faisons, les examens que nous subissons, les soins que nous savons donner méritent quelque considération que le public nous accorde. Aussi ces instructions ne sont-elles pas à mon sens justifiées et elles sont blessantes.

Voudrez-vous bien, M. le professeur, nous faire connaître les instructions que la commission n'a sans doute pas manqué de rédiger à l'adresse de MM. les accoucheurs ?

J'estime très haut la science et la pratique modèle de beaucoup d'accoucheurs ; mais à côté de ceux-là il y en a d'autres (que j'ai rencontrés dans mes dix ans de pratique) qui oublient les préceptes que vous avez fait considérer comme indispensables pour éviter l'infection, la septicémie. Il y a des praticiens fort peu soigneux et malheureusement ils sont assez nombreux. Ceux-là ont des ongles toujours en grand deuil, des mains malpropres et des vêtements bien en rapport. Ils font semblant de se laver les mains qu'ils essuient à peine, et ils plaisantent encore parfois au sujet de l'antisepsie qu'ils n'appliquent pas. Je ne veux pas parler de l'infection que répand leur bouche qui n'a jamais connu la brosse à dents, ni du danger de contagion que présente un médecin qui dans la journée a visité des malades contagieux, infectieux et qui, sans désinfection aucune, vient auprès d'une parturiente. Je ne parle pas de certains accoucheurs que j'ai vu venir en état d'ivresse auprès de parturientes.

Ce sont là des faits à reprocher à des médecins et je suis curieuse de connaître les instructions qui les concernent, tandis que le reproche à faire aux accoucheuses, pour justifier les manches en caoutchouc, etc., n'existent que dans les souvenirs de MM. les membres de la commission. Espérant que vous voudrez bien intervenir en faveur de notre corporation, je vous prie d'agréer, M. le professeur, l'assurance de mes sentiments respectueux. — Votre ancienne élève, X... »

Voilà au moins une sage-femme qui a le courage de son opinion et qui ne mâche pas leur fait aux médecins. Malpropres, sales, odoriférants. Qu'en termes galants ces choses-là sont dites. Ah Madame,

pour l'amour des sentiments par vous exprimés à l'endroit du corps médical, souffrez qu'on vous embrasse, sur ces beaux bras restés frais et roses en dépit de dix années d'immersion dans les solutions les plus antiseptiques. Espérons que le gouvernement belge se laissera fléchir par votre généreuse protestation et n'obligera pas les sages-femmes à mettre une feuille de caoutchouc sur ces bras que nul ne saurait voir sans loucher. Que si par malheur et contre toute attente la mesure fatale devait acquérir force de loi, il resterait une compensation à Mesdames les sages-femmes qui se sentiraient lésées dans leur publicité : ce serait d'adopter le costume léger des ballerines, en gaze aseptique avec tutus en tarlatane stérilisée : ce raccourcissement des jupes leur permettrait de regagner sur les jambes ce qu'elles perdraient sur les bras.

VARIÉTÉS

—

LES REDINGOTES ANGLAISES

On donne ce nom, à Paris, à de petits sacs préparés avec l'appendice cœcal de quelques quadrupèdes, et qui servent à préserver les parties génitales de l'absorption du virus vénérien. M. Cullerier donne à cette espèce de gant le nom de *capote de santé*.

Il y a environ soixante et cinq ans que cette invention fut faite à Londres par un nommé Condom, dont elle a retenu le nom dans ce pays.

M. Swediaur remarque que cette découverte, dont l'utilité eût dû valoir à son auteur la reconnaissance de ses compatriotes, ne fit que le déshonorer dans l'opinion publique, et qu'il fut même obligé de changer de nom, bien qu'il communiquât son procédé sans aucune vue d'intérêt, et qu'il n'en fît point l'objet d'une spéculation mercantile.

On prépare les redingotes anglaises avec les appendices cœcaux du veau, du mouton, de l'agneau, afin d'en avoir de différents calibres, et non avec l'intestin cœcum, comme le dit M. Swediaur, parce qu'il ne faut point qu'il y ait de couture à ces étuis qui pourraient blesser la partie sur laquelle on les applique, et donner entrée au virus syphilitique. On lave cette portion intestinale, on la fait sécher en la distendant avec du papier ou du coton, et on l'assouplit ensuite en la frottant entre les doigts avec un peu de son et d'huile. On pratique à l'extrémité ouverte une coulisse dans laquelle on passe un cordon qui sert à fixer cette enveloppe. Lorsqu'elle est bien préparée, elle doit être transparente comme le taffetas ciré, bien souple, point plus mince dans une place que dans l'autre, parce qu'elle pourrait se rompre là, et encore moins doit-elle être percée. On doit visiter avec soin les redingotes anglaises avant de s'en servir, afin de s'assurer de ces deux dernières conditions qui sont les

plus essentielles de leur confection, à cause des inconvénients qui peuvent en résulter.

Effectivement on s'en sert dans des circonstances ou la moindre rupture pourrait devenir fort contraire aux intentions que l'on a en les employant : 1° pour ne point s'exposer à la contagion vénérienne ; 2° pour que le coït ne soit pas prolifique. Dans ces deux cas, la moindre perforation, le plus petit trou peuvent donner lieu à l'introduction du virus syphilitique ou au passage du sperme. Le premier est surtout beaucoup plus à craindre, car il ne faut que la plus légère communication pour que la contagion ait lieu, tandis que la projection de la semence étant nécessaire, ordinairement, pour que la fécondation puisse se faire, ce serait un grand hasard que la perforation eût lieu à l'orifice de l'urèthre.

Lorsqu'on soupçonne la moindre infection, on doit se servir de condom ; c'est un moyen d'éviter une des maladies les plus affligeantes de l'espèce humaine, et l'une de celles qui tourmentent le plus ceux qui en sont atteints à cause des craintes qu'elle entraîne à sa suite. Sous le rapport de la sécurité, l'emploi de ce moyen, lors de commerce impur ou douteux, est d'un avantage considérable. Si le moraliste le blâme à cause de la facilité qu'il apporte à des relations réprouvées, d'un autre côté la médecine ne peut qu'en approuver et en provoquer l'usage de tout son pouvoir, puisqu'il devient un puissant obstacle à la contagion vénérienne. On peut même dire que l'usage des condoms n'est point assez répandu, et que s'il l'était davantage, on pourrait espérer de voir diminuer d'une manière notable le nombre des affections syphilitiques ; peut-être même parviendrait-on, avec le temps, à leur destruction; du moins il serait un des moyens les plus puissants dont on pourrait se servir pour y parvenir.

En s'en servant pour empêcher une fécondité réprouvée, la morale publique serait moins souvent outragée. On verrait moins de folles mères, moins de femmes obligées de soustraire les fruits d'un amour illégitime à des époux outragés. Les malheurs de tous genres qui naissent d'une fécondité malheureuse et qui font le désespoir de celles qui en sont les victimes et de leurs familles, seraient plus souvent épargnés. Des maux sans nombre seraient évités à la faiblesse humaine ; il y aurait moins de tentatives d'avortement, moins d'infanticides, etc.... Que d'avantages résulteraient de l'emploi plus fréquent d'un moyen si simple ! Au surplus, la crainte d'une communication prolifique sert parfois de prétexte pour se revêtir de la capote de santé avec des femmes que l'on soupçonne être infectées, et réciproquement.

M. le Dr Fournier a judicieusement conseillé l'usage de ce moyen au mari d'une nourrice pour éviter une fécondité nuisible à l'allaitement.

Le mystère que l'on met dans la vente de ce préservatif est vraiment fâcheux ; on n'en trouve sous le manteau, que chez quelques

marchands d'objets de taffetas ciré au Palais-Royal à Paris, tandis que leur débit devrait être général et avoir lieu chez les pharmaciens, en prenant toutefois les précautions indiquées par la bienséance. On vend publiquement le remède contre la vérole, et l'on n'ose pas en faire de même du moyen prophylactique, tant l'esprit humain est pétri de contradictions. Si la vente en était autorisée et répandue, le prix de cet objet serait très modique, car il peut être préparé à peu de frais. Il faut éviter de se servir de condoms qui aient déjà été employés, comme cela arriverait si on en achetait à ces officieux revendeurs qui vous en offrent à demi-voix dans les promenades publiques. Le plus souvent, ils sont de hasard, et pourraient donner le mal que l'on cherche à éviter. Il faut d'autant plus s'assurer que le condom dont on se sert est de bonne qualité, que la sécurité qu'il procure peut tourner au désavantage de celui qui l'emploie ; effectivement, avec lui, on croit pouvoir ne prendre aucune précaution, et cependant s'il se rompt pendant l'usage, on ne manquera pas de tomber dans les maux qu'on cherchait à éviter.

Il serait à désirer qu'on pût donner plus de solidité à ce moyen hygiénique, ce qui ne manquerait pas d'avoir lieu si l'on parvenait à surmonter la fausse honte qui s'oppose à son emploi plus vulgaire. Ce sujet est même si délicat à toucher, qu'il nous a fallu une sorte de courage pour en entretenir nos lecteurs, malgré son extrême importance et les résultats précieux que la médecine peut en retirer.

F. V. M.

Cet article est textuellement reproduit d'après le Dictionnaire en 60 volumes publié en 1820 ; il nous a été signalé par notre distingué collaborateur *Maxime* qui nous a promis de nous en faire connaître l'auteur. La *Redingote anglaise*, de 1820, n'a pas changé en 1900, mais il semble que nos auteurs modernes n'auraient pas traité la question avec la naïve simplicité de nos pères.

Non seulement l'article est authentique, mais nous avons pu nous procurer, grâce à l'obligeance de notre collaborateur Maxime, une note fort intéressante du pharmacien Cadet (de Gassicourt) relative à la vente des dites *Redingotes*. Voici cette note dans toute son ingéniosité :

Note sur un article inséré dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES.

Dans le courant de la semaine dernière, deux jeunes femmes se sont présentées à ma pharmacie et m'ont demandé mystérieusement des *capotes de santé*. Je les priai de s'expliquer : la plus jeune baissa les yeux en rougissant et se retira sans me répondre ; l'autre, qui paraissait mariée et qui sans doute avait un désir plus vif d'être satisfaite, me dit : « Je vous demande, monsieur, deux douzaines de *spencers préservatifs*, ou, si vous l'aimez mieux, de *vêtements para-*

syphilitiques ». « Je commence à comprendre, lui dis-je ; mais, madame, si vous n'avez pas l'intention de plaisanter, qui a pu, je vous prie, vous adresser à moi pour un pareil objet ? » — « N'êtes-vous pas pharmacien ? » — « Sans doute. » — « Eh bien ! monsieur, lisez dans le *Dictionnaire des sciences médicales* l'article intitulé REDINGOTES ANGLAISES, et vous verrez que vous devez faire ce commerce de ces utiles capotes, dont l'invention déshonora *Sir Condom* qui fut obligé de changer de nom pour se soustraire aux huées de ses compatriotes. »

J'avoue que, malgré le ton d'assurance de cette dame, je ne pouvais me persuader que l'article existât ; cependant, j'ouvris le tome 47 du *Dictionnaire*, et je lus à l'endroit indiqué cette phrase singulière : « Le débit de ce préservatif devrait être général et avoir lieu chez les pharmaciens », etc.

Le médecin qui a osé placer un pareil article dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, paraît pénétré des avantages que l'on peut retirer de l'usage des redingotes anglaises. C'est avec la meilleure foi du monde qu'il assure qu'en s'en servant on verrait moins de filles mères, moins de femmes obligées de soustraire les fruits d'un amour illégitime à des époux outragés ; que les malheurs qui naissent d'une trop grande fécondité seraient plus souvent épargnés ; qu'il y aurait moins de tentatives d'avortement, moins d'infanticides, etc.

Malgré ces considérations puissantes, je trouve que M. le Docteur donne aux demoiselles de bonne maison un conseil très indécent, et que l'injonction qu'il fait aux pharmaciens est injurieuse et cynique. Je ne connais aucun de nos confrères qui ne se crût insulté par la proposition de M. F. V. M. (1) ; je n'en excepte pas même ceux qui se respectent assez peu pour accepter des dépôts de remèdes secrets.

Il est probable que l'auteur, en écrivant cet inconcevable article, éprouvait encore un reste de pudeur, puisqu'il ne l'a signé que par ses initiales, quand son nom tout entier se lit au bas de ses autres productions.

Pour ne pas l'humilier, nous ne le nommerons pas ; nous l'invitons à se souvenir que les pharmaciens ne doivent vendre que des préparations pharmaceutiques.

Ce n'est pas au moment où le gouvernement jette du lustre sur la pharmacie en l'admettant à faire partie d'une Académie royale (2) qu'elle consentirait à s'avilir en convertissant ses officines en archives de prostitution.

C. L. CADET (de Gassicourt).

(1) MÉRAT, l'auteur du *Dictionnaire universelle de matière médicale*, publié en collaboration avec De Lens.

(2) L'Académie de médecine, créée en vertu d'une ordonnance royale du 20 décembre 1820.

Extrait du n° de janvier 1821 du *Journal de Pharmacie*, Paris, 1892, p. 29-30.

FORMULAIRE

—

La nutrition chez le nourrisson. — Dans un travail basé sur une quantité considérable d'analyses minutieuses (1), M. le Dr Ulmann vient d'étudier le problème si intéressant de la nutrition chez l'enfant, mettant surtout en parallèle l'alimentation du nourrisson par le lait de vache stérilisé et par le lait maternel. Il y a dans cette étude quantité de données biologiques des plus intéressantes, quoique peu connues, et dont la principale est la suivante : c'est que le besoin alimentaire du nourrisson, infiniment plus grand que celui de l'adulte, est proportionnel à la surface des téguments ; et cette loi s'applique à tout âge. Donc le nourrisson consomme plus parce que ayant relativement une surface tégumentaire plus grande, il doit utiliser plus de matériaux alimentaires pour parer à l'énorme déperdition de l'énergie calorique qui se fait à la surface de son corps. Voici, à cet égard, quelques indications curieuses données par M. Ulmann.

Tout d'abord il existe une formule trouvée par Vierordt permettant de déduire la surface de la peau d'un individu dont on connaît le poids.

La formule trouvée est la suivante:

$$S = 11.97 \times P. \times 0.667,$$

formule ou S exprime la surface en centimètres carrés, P, le poids exprimé en grammes.

Grâce à cette formule, on peut donc calculer la surface des téguments ; d'autre part, on peut doser, en analysant le lait, la quantité de matière alimentaire, et, par conséquent, la quantité d'énergie calorique reçue par le nourrisson ; d'où la possibilité de calculer les rapports entre ces deux facteurs.

Les premières expériences furent faites par Rubner sur des jeunes chiens ; le résultat fut frappant, car il constata *que la quantité d'énergie calorique dépensée est directement proportionnelle à la surface des téguments.*

Quand on pratique des mensurations directes ou lorsqu'on se sert de la formule déjà mentionnée, on reconnaît que *le nourrisson à égalité de poids possède une surface de téguments plus étendue que l'adulte.*

Et puisqu'il y a proportionnalité directe entre la surface des téguments et la perte de chaleur, il s'ensuit que le nourrisson perd proportionnellement plus de chaleur que l'adulte.

Voici des exemples : des chiffres obtenus récemment par Bonniot et Lambling, il résulte qu'un nourrisson âgé de 18 mois environ perd pour chaque kilogramme de poids, 100 calories environ en 24 heures.

Un enfant âgé de 10 ans ne perd que 60 calories ; et l'adulte moyen au repos 30 à 40 calories à peine.

Donc par kilog., *un nourrisson de 6 mois dépense un nombre de calories double — plus que double même — de celui qui suffit à un adulte.*

Mais aussi la surface des téguments est proportionnellement plus développée, c'est-à-dire que pour un kilogr. de nourrisson, il faut plus de téguments que pour un kilogramme d'adulte.

Un exemple fixera les idées :

Un enfant qui pèse 13 kilogr. comporte une surface tégumentaire de 10.9 décimètres carrés pour chaque kilogr. ; l'adulte, avec 65 kilogr., ne comporte que 3.1 décimètres carrés à peine pour un kilogr.

En somme, le besoin alimentaire est donc proportionnel à la surface absolue des téguments, et ceci à tout âge ; et comme chez le nourrisson cette surface est proportionnellement plus grande, le besoin alimentaire est, de ce fait, plus grand aussi.

Le nourrisson est donc forcé de consommer relativement plus d'aliments que l'adulte, en partie parce qu'il en tire les matériaux de sa croissance, mais surtout et avant tout pour parer à l'énorme déperdition d'énergie calorique qui se fait à la surface — proportionnellement si grande — de ses téguments. Or le lait par sa contenance en matériaux albuminoïdes d'une part, en graisse d'autre part, est admirablement organisé pour concourir à ce double but.

La connaissance de ces faits explique bien des faits de la biologie du nourrisson. Mais les recherches de M. Ulmann ont porté aussi les résultats de l'alimentation comparée du lait maternel et du lait de vache. Ces recherches basées sur des calculs trop minutieux pour être analysés ici, sont venus confirmer celles du Dr Michel sur le même sujet : elles montrent que, comparé au lait de vache pur, non mélangé, le lait maternel laisse assimiler des matériaux

(1) In-8°. Chez J.-B. Baillière.

azotés à quantité infiniment plus grande que le lait de vache, malgré la teneur presque double en azote de ce dernier lait. Ce fait explique bien la supériorité du lait maternel qui par ses conditions biologiques assure la nutrition, tout en étant donné en quantité bien moindre que le lait fourni par l'allaitement artificiel. Quant à la graisse, qui joue un si grand rôle dans la nutrition de l'enfant, puisque c'est elle qui dégage le plus de chaleur par sa combustion, son assimilation est considérable, mais plus grande aussi avec le lait maternel qu'avec le lait de vache.

De la médication de la fièvre typhoïde chez les enfants par le naphtol.

Cette médication consiste :

1° En l'administration d'une dose purgative de calomel (30 à 60 centigr. en dix prises), aussitôt la maladie confirmée.

2° En l'administration du naphtol seul ou associé aux salicylates de bismuth ou de magnésie selon les indications suivantes :

A. Diarrhée d'intensité moyenne.

Naphtol β.. 2 grammes en dix paquets. Un paquet toutes les heures.

B. Diarrhée abondante.

Naphtol β... 2 grammes, salicylate de bismuth 2 gr., en dix paquets, à prendre en 24 heures.

C. Constipation.

Naphtol β... 2 grammes; salicylate de magnésie 2 gr., en dix paquets, à prendre en 24 heures.

De l'administration des iodiques aux enfants tuberculeux.

L'iode et l'iodoforme, en nature, donnent des résultats supérieurs à ceux des iodures alcalins.

1° *Teinture d'iode.* — Aux petits enfants, une goutte par jour, diluée dans une petite quantité de bouillie de farine au lait.

2° Ernest Besnier prescrit l'*iodoforme* qui peut être continué longtemps.

Iodoforme.....	0 gr. 10
Miel.....	120 gr. 00

Soit 0 gr. 005 d'iodoforme par cuillerée à café.

Vulvite des petites filles.

(J. Comby.)

Faire pénétrer un topique antiseptique dans le vagin.

Donner la préférence à de petits crayons ou à des bougies de 2 à 3 millimètres de diamètre, contenant 10 centigrammes de salol par gramme de beurre de cacao.

On introduit les bougies ou les crayons par le vagin, à travers l'orifice hyménéal, et on les y abandonne. Cette manœuvre sera renouvelée deux ou trois fois par semaine.

Applications locales de nitrate d'argent au 1/50.

Veiller à la propreté extrême de l'enfant et de ceux qui la soignent.

Le choix d'un anthelmintique. (Schæffer.)— Après avoir fait l'énumération des vers intestinaux qu'on rencontre le plus fréquemment chez l'homme, Schæffer indique les diverses substances anthelminitiques qui doivent être employées de préférence pour l'expulsion de cahcun de ces parasites.

Pour l'ascaride lombricoïde, le médicament le plus efficace est la santomine : viennent ensuite, par ordre d'efficacité, le semen contra, la mousse de Corse, la tanaisie et la spigélie anthelmintique.

Pour l'ankylosiome duadénal, l'extrait éthéré de fougère mâle est le médicament de choix ; vient ensuite la santonine.

Pour le bothriocéphale, les médicaments suivants peuvent être employés et ils sont rangés par ordre décroissant d'efficacité : kamala, fougère mâle, kousso, pelletiérine, écorce de racine de grenadier.

Pour le tænia inerme, les médicaments à employer sont, en commençant par les plus efficaces : la pelletiérine, l'écorce de racine de grenadier, le kousso, la fougère mâle et la semence de courge.

Pour le tænia armé ou tænia solium, le kousso est le plus efficace les médicaments ; viennent ensuite la pelletiérine et l'écorce de grenadier, les semences de courge et la fougère mâle.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

GYNÉCOLOGIE

—

KYSTE DE L'OVAIRE A PÉDICULE TORDU CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 16 ANS. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON.

Par le Dr L. Monnier, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

En 1893, nous avons publié, dans la *France médicale*, une observation de kyste ovarien, multiloculaire, enlevé chez une fillette de 14 ans 1/2. Cette tumeur présentait une particularité intéressante : le pédicule était tordu deux fois sur lui-même ; de plus, elle était noirâtre, d'aspect gangréneux.

Aujourd'hui, Messieurs, nous avons l'honneur de mettre sous vos yeux une tumeur absolument identique, enlevée par nous le 24 mars dernier, chez une fillette de 16 ans, dont voici en quelques mots l'histoire :

Réglée régulièrement et d'une bonne santé habituelle, jusqu'au commencement du mois de janvier de cette année : à cette époque, première poussée douloureuse dans le ventre accompagnée d'une éruption assez mal caractérisée, qu'on dénomma rougeole.

Les douleurs abdominales siégeaient surtout à gauche : elles ne déterminèrent pas de vomissements, si bien que le médecin traitant ne songea pas à palper le ventre. Tout rentra dans l'ordre assez vite, à part une certaine augmentation du volume du ventre. Menstruation régulière en février.

Le 22 mars, à 8 heures du matin, au moment où elle portait une pile d'assiettes, douleurs vives dans le ventre, de suite vomissements glaireux, puis bilieux. — Les injections de morphine peuvent seules atténuer les crises douloureuses : ventre très modérément ballonné.

23. — Est apportée le matin dans le service :

A la palpation, aidée du toucher rectal, on sent très bien une tumeur fluctuante sensiblement médiane, mais cependant s'étendant plus à droite.

Nous souvenant du cas précédent, nous portons sans hésitation le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu, avec réaction péritonéale, moyenne, mais qu'il est préférable de combattre au préalable : d'où notre prescription : glace sur le ventre, boissons glacées : opium et morphine.

24. — Insomnie complète, agitation. Les douleurs sont devenues très vives, mais sans fièvre ; le facies est nettement péritonéale, aussi pratiquons-nous de suite la laparotomie. La tumeur, quand elle apparaît, est couleur lie-de-vin très foncée, d'aspect gangréneux : une ponction, avec un trocart à kyste, la diminue notablement, puisqu'elle donne issue à 1 litre de liquide rosé, identique à celui que contient en abondance le péritoine : issue aisée de la tumeur, qui n'a encore contracté aucune adhérence.

Ligature du pédicule à la soie, en deux étages. Ce pédicule est nettement tordu sur lui-même.

— Injection de 60 grammes de sérum.

— Glace sur le ventre ; champagne frappé ; grogs froids.

25.— État parfait hier jusqu'au soir, moment où l'agitation reparaît : insomnie. Ce matin, ventre ballonné, extrêmement sensible, surtout à gauche : facies péritonéal ; pas de vomissements, mais hoquets.

P. 120 : un peu dur, très régulier.

T. 37.2. Même traitement : injection d'un 1/2 centigr de morphine.

Depuis ce moment, disparition rapide des phénomènes inquiétants et amélioration presque instantanée : guérison complète en 13 ou 14 jours.

Le kyste, ainsi que vous pouvez en juger, par vous-même, a conservé sa coloration lie-de-vin, signe de gangrène imminente, il est à parois très épaisses (1 centimètre), assez rigides, quoique uniloculaire. Il est développé aux dépens de l'ovaire gauche, fort reconnaissable lui-même, car il a sa forme générale, bien que un peu plus gros.

Quelques déductions découlent naturellement de cette présentation :

1° Les kystes de l'ovaire, de moyen volume, ont une tendance réelle à se tordre sur leur pédicule chez les jeunes sujets.

2° Cette complication est diagnosticable et se reconnaît à la présence d'une tumeur fluctuante qui a été le siège d'une douleur subite, violente, dans tout le ventre, avec prédominance dans l'un des flancs, s'accompagnant de vomissements, du facies péritonéal, et aussi parfois d'une éruption scarlatiniforme ou rubéoliforme, ainsi que cela s'est produit chez nos deux malades.

3° L'intervention est nettement indiquée, et doit être pratiquée immédiatement s'il y a des phénomènes inquiétants : aggravation des symptômes péritonéaux, agitation, insomnie, etc., sinon on peut attendre la chute des symptômes d'acuité et opérer à froid.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBROMES MULTIPLES APRES ÉNUCLÉATION PRÉALABLE. LA PLUPART DES FIBROMES NE DOIVENT PAS ÊTRE OPÉRÉS.

Par le Dr Bernard.

En tête du chapitre : Traitement des fibromes, on devrait écrire en très gros caractères : Le fibrome est une tumeur bénigne. L'élève, le praticien, ainsi prévenus, sachant que le fibrome est parfaitement compatible avec l'existence, parleraient moins souvent d'o-

pération. Même le chirurgien déjà vieux dans la profession, serait moins facilement pris de la démangeaison de couper. Je parle bien entendu des chirurgiens pour qui toute tumeur n'est pas une chose à enlever, un « enlevome », selon un mot humoristique à désinence scientifique, qui permettrait pourtant au chirurgien, s'il était pris à la lettre, de se tirer d'affaire avec de l'habileté manuelle tout en étant dépourvu de science et de conscience. Car je me refuse à croire qu'il existe des praticiens capables de regarder le ventre des malades comme d'autres regardent les mines d'or. Et de fait si on supprimait tous les utérus qui portent des tumeurs fibreuses, il n'en resterait à peu près plus ; et on peut dire, sans trop forcer la note, que l'utérus porte le fibrome, comme le petit orteil porte le cor.

Voici donc, en ce qui me concerne, les règles qui me guident dans la thérapeutique des fibromes. Ou bien, ils se développent du côté de la cavité utérine, ou bien ils sont sous-péritonéaux. Dans le premier cas, par suite des hémorrhagies qu'ils provoquent et qui mettent souvent la femme en danger de mort, le chirurgien doit intervenir, sans s'arrêter au curettage dont le bénéfice est de durée trop courte ou même nulle; il devra s'adresser à l'électricité dont le résultat peut être durable, ou bien plutôt il enlèvera le fibrome. Cette ablation doit être faite par les voies naturelles, quand cela est possible, et en respectant l'utérus. On peut encore enlever le fibrome par une autre opération conservatrice de la matrice, qui tend à prendre rang dans la thérapeutique actuelle, je veux dire l'hystérotomie après une laparotomie ; celle-ci permet de se rendre compte de la multiplicité des fibromes, ce qu'on n'aurait pas pu faire par les voies naturelles, et par conséquent elle peut être le premier temps d'une hystérectomie immédiate, si on constate de visu des lésions suffisantes pour justifier cette grosse opération.

Lorsque les fibromes utérins se développent sous le péritoine, il arrive de deux choses l'une: ou bien ils sont indolents, et alors, il faut se faire une règle presque absolue de n'y pas toucher, ou au contraire ils provoquent des douleurs. Celles-ci, à leur tour, peuvent reconnaître une double cause. Dans un premier cas elles sont le fait de compressions nerveuses. C'est ce qui a lieu avec les fibromes du segment inférieur de la matrice, enclavés dans le petit bassin, lesquels peuvent, en outre, amener des troubles fonctionnels du côté de la vessie ou du rectum pouvant peser d'un certain poids pour déterminer une intervention chirurgicale. Dans un second cas, les douleurs résultent de la coexistence avec le fibrome de lésions inflammatoires de l'utérus et surtout des annexes, métrite ou ovaro-salpingite, suppurée ou non. Ces complications, douloureuses par elles-mêmes, le sont aussi par les adhérences qu'elles créent, et légitiment à elles seules une opération, tranchant ainsi par l'affirmative la question de l'intervention

chirurgicale pour les fibromes qu'elles accompagnent. Cette seconde variété de douleurs se rencontre le plus souvent encore, bien entendu, avec les fibromes du segment inférieur, mais les fibromes développés au niveau du corps et du fond de la matrice peuvent aussi coexister avec des lésions et des adhérences douloureuses. Et tous ces cas douloureux relèvent du chirurgien.

En résumé, il n'y a guère d'autres indications d'opérer que les hémorrhagies ou le sphacèle (fibromes sous-muqueux) et les douleurs (fibromes sous-péritonéaux enclavés ou compliqués de lésions inflammatoires). Un volume exagéré de la tumeur permettra parfois de déférer au désir d'une malade voulant être opérée, mais forcera bien rarement la main au chirurgien.

Et encore convient-il de se montrer très défiant vis-à vis de l'élément douleur, surtout chez les femmes encore jeunes ; car il suffit d'avoir fréquenté un service d'hôpital (et le fait se voit même en ville) pour savoir que certaines femmes, qui ont de bonnes raisons de se croire enceintes, accusent des douleurs et prétendent avoir toujours eu leurs règles, dans l'espoir d'être opérées, inconscientes ou même conscientes du danger qui résulte pour elles d'une opération.

Toujours est-il que si on conserve des doutes à l'égard d'une grossesse, la laparotomie présente plus de sécurité que l'hystérectomie vaginale, puisqu'on peut refermer l'abdomen sans toucher à l'utérus, après avoir constaté qu'il est gravide. Car l'existence simultanée d'une grossesse reconnue et d'un fibrome, même enclavé, ne serait pas à mes yeux une raison pour pratiquer séance tenante l'ablation de la matrice. Bien qu'il soit encore classique d'admettre qu'il y a là un obstacle à l'accouchement, nécessitant soit de le provoquer prématurément, soit même de faire l'avortement, on tend aujourd'hui, et avec juste raison, à envisager la situation avec beaucoup plus de sang-froid, et à laisser la grossesse suivre son cours. Même avant qu'elle soit arrivée à son terme, on peut constater le plus souvent que le fibrome, qui jusqu'à présent était resté obstinément enclavé dans le petit bassin, s'est ramolli comme le reste de l'utérus, et a fait son ascension dans l'abdomen, au-dessus de la ceinture osseuse pelvienne, où il ne gênera plus désormais l'expulsion du fœtus. M. Boissard me racontait même tout dernièrement que, sous le chloroforme, il avait vu un fibrome enclavé compliquant une grossesse, s'élever au-dessus du détroit supérieur. Ce savant accoucheur put ainsi éviter une opération, qui de toute manière eût sacrifié le fœtus, sinon risqué la vie de la mère, opération qu'un de nos meilleurs chirurgiens jugeait indispensable.

Bref, avec le surcroît de sécurité que donnent aujourd'hui, d'une part, la méthode aseptique, et de l'autre les perfectionnements apportés à la techique opératoire, on pourra attendre le terme de la grossesse pour conclure à un obstacle insurmontable,

et dans ce cas, on fera soit une opération césarienne, soit une hystérectomie, et on aura la joie de sauver à la fois la mère et l'enfant.

Enfin, lorsqu'une opération est jugée indispensable pour des fibromes sous-péritonéaux douloureux, cette opération pourra souvent être conservatrice de la matrice, en se bornant à l'énucléation du fibrome, ou même de fibromes multiples.

Cette opération a l'avantage de ne pas supprimer la vie génitale de la femme, même au point de vue de la possibilité de grossesses ultérieures, et lui épargne les inconvénients d'une ménopause prématurée. Il y a un mois, au Congrès de chirurgie de Berlin, M. Olshausen, qui s'est fait le défenseur de l'énucléation simple des fibromes sans hystérectomie, disait que la seule condition essentielle pour le succès de l'énucléation est une suture par étages, très minutieuse, de la cavité résultant de l'ablation de la tumeur.

Je terminerai en citant une phrase du même auteur sur les tendances conservatrices qui doivent se manifester dans le choix des cas à opérer. « Les indications que j'admets pour l'opération des fibro-myomes m'ont permis de n'intervenir que dans 16.5 % des cas de ma clientèle particulière. J'estime que tous les chirurgiens qui dépassent notablement cette proportion, font trop bon marché des dangers de l'opération. » Et j'ajoute : ces chirurgiens font chez autrui ce qu'ils ne voudraient pas faire ou qu'on fît chez eux.

Dans le cas que j'ai opéré le 24 mars, il y avait plusieurs fibromes, dont je vous présente les deux principaux. Le plus gros était au niveau du fond de l'utérus, libre dans l'abdomen. Ce n'est donc pas pour lui que je me suis décidé à intervenir. L'autre, au contraire, qui a la forme d'une L, comme vous voyez, était situé au devant du col utérin, sa courte branche dirigée à droite, en rapport avec l'uretère. Il était immobile et provoquait des crises douloureuses intermittentes. J'eus assez de mal, à cause de lui, à attirer l'utérus au dehors, et je ne pus évoluer librement et pincer les ligaments larges qu'après avoir énucléé les plus gros fibromes.

L'opération fut simple, et comme il n'y avait ni adhérences, ni suppuration péri-utérine, elle fut beaucoup plus facile que ne l'eût été un morcellement de la même tumeur par l'hystérectomie vaginale, à la rigueur possible, l'utérus ne dépassant pas notablement l'ombilic.

J'ai suivi le procédé américain, à part quelques variantes.

Durant huit jours, ma malade a souffert d'un point de congestion pulmonaire, bien qu'endormie au chloroforme, avec 38° le matin, et 38°5 le soir. Cette température ne manqua pas de m'inquiéter les premiers jours, car n'étant pas enclin à chercher au loin des complications plus ou moins réelles, et qui souvent n'ont

d'autre mérite que de sauvegarder l'amour-propre du chirurgien, j'eus bien plus de tendance à incriminer l'état du péritoine, jusqu'à ce que l'auscultation et les crachats m'eussent fait voir la vérité, réellement à mon avantage dans le cas particulier.

LA STÉRILITÉ ET SON TRAITEMENT (1)

Pour bien comprendre la pathologie de la stérilité, il faut bien connaître la physiologie de la conception. Dans l'acte du coït, le pénis introduit dans le vagin projette contre le col utérin un liquide contenant en suspension un grand nombre de cellules vibratiles douées de mouvements. La masse de ce liquide est répandue dans

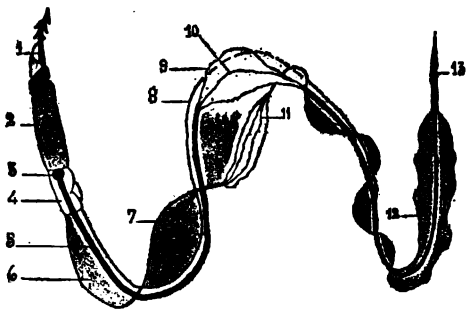


Fig. 1. Schéma montrant la structure des spermatozoïdes.

1. Pointes ; 2, segment céphalique ; 3, granule basal ; 4, segment intermédiaire ; 5, filament axial ; 6, membrane ondulante ; 7, filament d'enveloppe ; 8, filament latéral ; 9, 10, fibrilles du filament axial ; 11, fibrilles du filament d'enveloppe ; 12, membranes ; 13, pointe terminale.

le vagin, mais un certain nombre des cils qu'il contient pénètrent dans l'utérus et parfois jusque dans l'ovaire, par l'intermédiaire des trompes de Fallope. Lorsqu'un de ces cils rencontre un ovule, l'imprégnation a lieu dans l'utérus, les trompes ou les ovaires. Le processus ultérieur de la conception ne nous intéresse plus, en ce qui concerne l'étude de la stérilité.

Ces faits étant connus, il devient évident que des causes très variées peuvent intervenir dans l'accomplissement de cette délicate fonction. Pour que cet accomplissement ait lieu régulièrement, plusieurs conditions sont nécessaires. Il faut d'abord que les spermatozoïdes existent et soient sains.

(1) Chapitre extrait du *Manuel complet de Gynécologie médicale et chirurgicale*, par le Dr A. Lutaud, nouvelle édition (4e) entièrement refondue, un vol. in-8° de 750 pages. Maloine, éditeur, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

On ne peut traiter les nombreuses questions se rattachant à la stérilité sans parler des spermatozoïdes dont la structure intime doit être connue du gynécologue qui ne doit jamais commencer

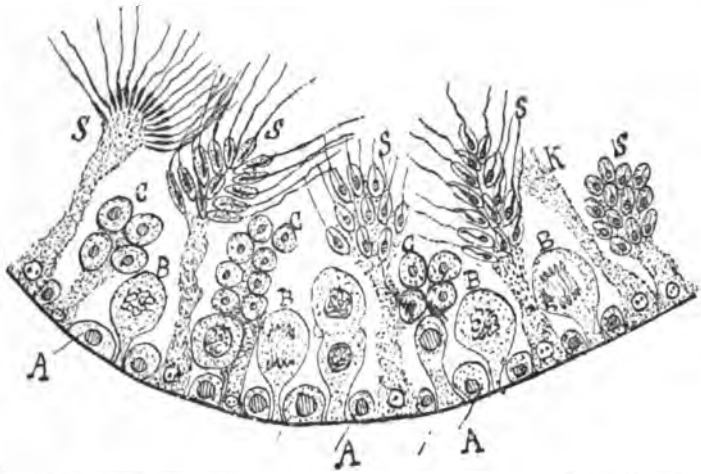


Fig. 2. Shéma représentant des cellules des tubes seminifères (Duval).

A. A. A. cellules pariétales ; B. B. cellules de Henle ; C. C. cellules de Kolliker ; S. S. S. cellules de Sertoli ; K. cellule de Sertoli décapitée.

son traitement spécial sur une femme inféconde sans avoir au préalable examiné le fluide séminal du fécondateur. Les figures 1 à 4 montrent la structure et le développement des spermatozoïdes ainsi que des tubes seminifères.

Une fois le spermatozoïde sain obtenu il faut en outre, pour que la fécondation ait lieu, que :

1° Le fluide séminal puisse pénétrer dans l'utérus ;

2° Qu'un ovule sain puisse être produit ;

3° Que l'ovule puisse pénétrer dans l'utérus ;

4° Qu'aucune influence ne vienne détruire dans l'utérus la vitalité du fluide fécondant et empêcher l'œuf de se fixer sur les parois de cet organe.

Lorsque ces quatre conditions existent, la femme n'est pas stérile.

Elle peut ne pas avoir d'enfants, mais l'incapacité tiendra du mari et non d'elle-même. Elle peut encore, après avoir conçu, avoir des avortements répétés qui sont souvent pris pour des métrorrhagies.

On peut classer de la façon suivante, les causes de la stérilité.

1° *Causes s'opposant à l'entrée du sperme dans l'utérus* :

Absence d'utérus ou de vagin ;

Imperforation de l'hymen ;

Vaginisme ;
Atrésie du vagin ;
Occlusion du canal cervical ;
Forme conoïde du col ;
Polypes et fibromes ;
Déplacement de l'utérus ;
Profondeur anormale des culs-de-sac donnant lieu à la disposition désignée sous le nom de *fausse route vaginale.*
Rétrécissement de l'orifice interne du col.

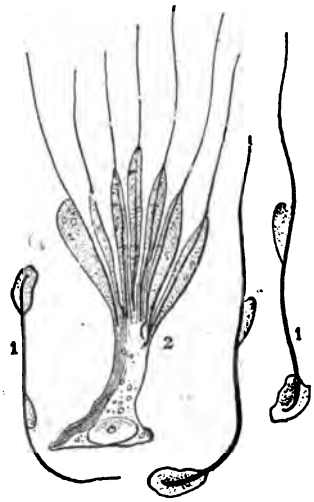


Fig. 3. Développement des spermatozoïdes (Berdal).
1.1. spermatozoïdes libres ; 2, cellule à pied avec sa gerbe de spermatazoïdes.

2° *Causes s'opposant à la formation d'un ovule sain.*
Ovarite chronique ;
Dégénérescence kystique des ovaires ;
Cellulite et péritonite : adhérences qui en résultent ;
Absences des ovaires ;

3° *Causes s'opposant au passage de l'ovule dans l'utérus :*
Rétrécissement ou oblitération des trompes ; adhérences;
Absence des trompes de Fallope ;
Déplacement des trompes de Fallope.

4° *Causes détruisant la vitalité du sperme ou s'opposant à la fixation de l'œuf dans les parois utérines.*
Endométrite du corps ou du col ;
Dysménorrhée membraneuse ;
Ménorrhagie ou métrorrhagie ;
Tumeurs diverses ;
Rétrécissement du canal cervical et atrésie utérine.

Le mode d'action de la plupart de ces causes est tellement évident qu'il est à peine nécessaire d'entrer dans quelques explications pour la plupart d'entre elles.

Sims a appelé l'attention sur le col conoïde forme anormale du museau de tanche qui s'oppose à la conception. Il est en effet évident que, lorsque le col est trop long et se replie sur lui-même, il apporte un obstacle à l'entrée du sperme dans l'utérus ; mais tous les gynécologues ont observé que la disposition conoïde coïncide souvent avec la stérilité. Les figures 5 et 6 représentent différentes variétés de cols coniques.

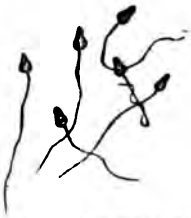


Fig. 4. Spermatozoïdes (Berdal).

La dysménorrhée obstructive et l'atrésie utérine sont souvent déterminées par un léger degré d'allongement dans lequel le col prend cette disposition décrite sous le nom de *col conoïde*.

Les cicatrices vicieuses, suites de cautérisations, les brides résultant de grossesse pendant l'accouchement, des tensions de tissus provenant de la même cause, entraînent souvent à la stérilité.

L'endométrite, qu'elle occupe le col ou le corps, emplit la cavité utérine d'un mucus tenace et épais qui s'oppose à l'entrée du sperme et détruit sa vitalité.

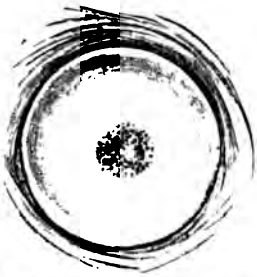


Fig. 5. Orifice en trou d'aiguille avec légère érosion (Balls). Disposition fréquente chez les nullipares.

Les flexions de l'utérus qui replient le col sur lui-même, et les versions qui le pressent contre une des parois vaginales, s'opposent également à l'entrée du sperme dans l'utérus, en obstruant plus ou moins complètement l'orifice ; mais c'est surtout *l'antéflexion*, qui détermine la stérilité.

L'oblitération et le déplacement des trompes qui résultent le plus souvent d'une pelvipéritonite, entraînent presque toujours la stérilité incurable. La péritonite détermine, en effet, un épanchement de lymphe qui peut obturer ou déplacer les trompes de Fallope.

La dysménorrhée membraneuse, ou plutôt l'exfoliation de la muqueuse utérine qui caractérise cette affection, altère les parois de l'organe au point de les rendre incapables de retenir l'œuf.

La ménorrhagie et la métrorrhagie peuvent entraîner l'œuf après l'imprégnation ou avant sa fixation. La menstruation normale a lieu avant la pénétration de l'ovule dans l'utérus ; si elle est prolongée et

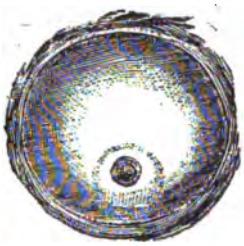


Fig. 6. Col utérin normal.

Fig. 7. Col utérin légèrement allongé.

excessive, elle peut entraîner l'ovule de la même façon que la métrorrhagie peut entraîner l'œuf fécondé. Il n'y a pas alors avortement, parce que, si l'imprégnation avait eu lieu, il n'en était pas de même de la conception.

Les tumeurs de nature diverse qui emplissent la cavité utérine : fibromes, polypes, môles, etc., peuvent s'opposer à la fixation de l'œuf dans l'utérus et empêcher la conception lorsque l'imprégnation a eu lieu.

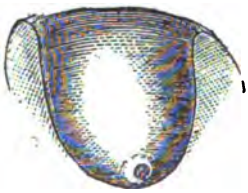


Fig. 8. Col utérin conoïde.

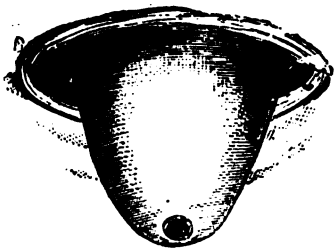


Fig. 9. Autre variété de col conoïde.

Quoiqu'il soit impossible de démontrer d'une façon positive que l'ovarite chronique exerce une influence désastreuse sur l'ovule, l'expérience permet de considérer ce fait comme à peu près certain. On peut en dire autant de la péritonite pelvienne, de la cellulite et des affections kystiques. (*A suivre.*)

LA PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES CHEZ LA FEMME (1)

Systèmes de réglementation actuellement en vigueur et dissémination des maladies vénériennes.

(SUITE ET FIN.)

Sur ce terrain délicat, chacun se défie de soi-même ; il faut pourtant que quelque chose d'utile sorte de ces délibérations compétentes, de ces assises solennelles, qu'autrefois on eût justement appelées du nom respecté de Concile. Et, certes, il ne peut en sortir que d'utiles enseignements, puisque chaque homme éminent de cette Compagnie de véritable sélection n'obéit qu'aux plus généreux mobiles.

On ne peut plus soutenir que le pouvoir de la maladie funeste est détruit par la seule puissance de la sagesse et que c'est aux faiblesses humaines que la syphilis doit la portée de ses maléfices. A tort ou à raison, ce sont les passions (souhaitons que ce soient les bonnes) qui conduisent le monde ; la chasteté n'est pas une solution. N'est-il pas pour faire réfléchir, l'exemple antique de ces « prêtresses de Vesta que n'arrête pas l'alternative de descendre vivantes dans le noir sépulcre ? » Ne nous écartons donc pas des lois de la nature ; « *sic natura jubet, etc.* ». E. de Girardi na écrit que « l'austère langage de la société n'est pas toujours d'accord avec la voix impérieuse de la nature ». On peut toutefois s'efforcer de mettre la nature d'accord avec la raison. Ne réglons pas les mœurs, mais cherchons ensemble les moyens les plus propres à protéger la santé publique. On ne peut regarder d'un œil indifférent et impassible de si grands maux frappant un si grand nombre de nos semblables. Il nous faut donc contribuer à résoudre le problème de la sauvegarde sanitaire et de la préservation sociale. Instituer la prophylaxie des maladies vénériennes, c'est protéger tout le monde, femmes, enfants, nourrices, militaires, artisans, ouvriers, et non pas seulement les prostituées et les débauchés.

Messieurs, vous le voyez, votre décision peut avoir les conséquences les plus heureuses, en tout cas, les plus graves, puisque le monde entier s'y trouve intéressé.

Certes, tous, tant que nous sommes, nous serons les premiers

(1) Rapport de M. le Dr Barthélemy à la Conférence internationale de Bruxelles (1899).

à nous porter sur leur passage pour les saluer avec enthousiasme, ceux qui ont foi dans les bienfaits de la liberté illimitée et dans le prochain avènement de la vertu universelle, ceux qui portent les torches sacrées, c'est-à-dire les flambleaux de l'Idéal, à jamais étincelant et toujours passionnément recherché...

Mais n'oubliez pas que vous êtes les réels gardiens de la santé publique et les seuls protecteurs effectifs de l'existence et du bonheur de beaucoup d'innocents : C'est là la véritable croisade intellectuelle, la seule qu'admette l'âme moderne, l'ère contemporaine !

IX

CONCLUSIONS

Exposer des faits est la meilleure façon d'éclairer les questions. Il résulte, d'une manière mise hors de toute discussion par tous les faits cités, que la syphilis est un mal redoutable, profond, pour l'individu et pour la race, et que la société clairvoyante, avertie, a un intérêt direct, supérieur comme on dit aujourd'hui, à y remédier. Elle doit employer les moyens que la morale conseille ; mais ces moyens qui agissent sur les mœurs mêmes des nations sont lents à agir et le mal est en permanence. Il sévit à jet continu.

Il ne faut plus arguer maintenant du désaccord des observateurs.

Les médecins compétents de tous pays renseignés s'accordent aujourd'hui pour reconnaître l'étendue du mal. De ce que les générations ont pu résister à l'assaut vénérien depuis les grandes épidémies des siècles précédents, il ne s'ensuit pas que la syphilis soit devenue un mal négligeable jusqu'à ce que des modifications profondes aient eu le temps de se produire dans les mœurs et les habitudes. Du reste, quoi qu'on dise, la chasteté est physiologiquement une affaire de tempérament et le besoin sexuel est réel, impérieux.

« L'homme a sur lui sa chair qui est tout à la fois sa raison d'être, son fardeau et sa tentation. Il la traîne et lui cède.... Il doit la surveiller, la contenir, la réprimer et ne lui obéir qu'à la dernière extrémité. Dans cette obéissance-là, il peut encore y avoir de la faute, mais la faute ainsi faite est vénielle..... »

Donc, elle ne mérite pas la vérole. La prostitution n'est pas intéressante, parce qu'elle heurte les sentiments les plus nobles les plus élevés, ceux qui ont leur racine dans l'intimité même du cœur humain ; c'est très bas, parce que dénué de sincérité préci-

sément dans l'acte où la nature semble exiger de l'individu le plus d'intensité et de sincérité. Mais la prostitution existe, elle est, et il faut dès maintenant compter avec elle. Le mal qu'elle cause n'est pas récent ; on y est comme accoutumé, mais ce mal n'est pas moins réel, vivace, permanent : il faut le combattre, le réduire ; car, si les générations humaines ont pu passer au travers, il est impossible d'énumérer toutes les souffrances physiques et morales, toutes les misères, toutes les angoisses qui en sont résultées, qui se produisent encore. On n'a pas réussi à l'enrayer jusqu'ici : ce n'est pas une raison pour ne pas tenter de faire ce qui n'a pas encore été fait. On a des moyens dont on ne disposait pas jadis. On aboutira maintenant, c'est la loi du *Progrès*. Le moment est venu de voter *pour* ou *contre* la vérole. La syphilis est une tare, un parasite, une moisissure sociale ; mais elle ne persiste que par la faute de la société.

La permanence des maladies vénériennes est un baromètre social ; la vérole est la conséquence de la routine, la concrétion de l'inertie, la fille de l'incurie.

Sans doute, il faut s'acharner à retirer de leur fange les prostituées ; « cette âme est pleine d'ombre ; le péché s'y commet ; le coupable n'est pas celui qui fait le péché, mais celui qui fait l'ombre. Enseignez le plus de choses que vous pouvez . . . » (VICTOR HUGO, *Les Misérables*, 1re partie, *Fantine*.)

En attendant, les prostituées propagent les maladies vénériennes ; le mal est de tous les jours ; le remède, s'il est possible, ne doit plus attendre. Mais il faut se montrer doux pour des malades sur qui pèse le poids de la société humaine. Le coupable n'est pas celui qui est malade, mais celui qui a permis au mal de se produire et de se répandre.

La question d'argent ne peut compter en face de tant et de si grands maux qu'on peut éviter ou empêcher en grande partie. Ces dépenses seront compensées par la diminution du nombre des infirmes, idiots, aliénés, paralytiques, gâteux, sourds-muets et autres malheureux qui peuplent les asiles et grèvent les budgets. D'ailleurs, quand on *veut bien*, on trouve toujours de l'argent. Or, c'est faute d'argent seulement que les réformes, que les améliorations ne s'accomplissent pas. Incriminons plutôt la routine et l'inertie qui sont les vraies complices de la vérole ; mais la vérole est la complice de la mort. Or, la philosophie nous apprend que la mort appartient, non aux hommes, mais à la nature, à la fatalité seule !

Je comprends la portée de toutes les attaques formulées : quelques-unes sont excessives ; beaucoup sont justes. Mais la *période*

policière *isolée* a fait seule faillite. Que l'on salue l'aurore de la période *sanitaire* ; qu'on adoucisse le sort des malades, mais qu'on s'oppose à l'absence systématique ou inconsciente des soins indispensables. Qu'on unisse ces deux moyens d'action et on récoltera le résultat de ces efforts combinés avec sagacité, le mal sera diminué jusqu'à ce que vienne sa suppression par les atténuations savantes, immunisations et vaccinations promises par les siècles puissants de l'avenir... Mais du moins l'humanité, réalisant les progrès lents de chaque période, pourra attendre les bienfaits des efforts admirables de nos collègues moralistes.

Ce qui suit pourrait être considéré comme les améliorations à réaliser dans un système de protection de la santé publique pour les grands centres de population où seul le problème est difficile.

Il faut, dès maintenant, multiplier les dispensaires, les consultations, les pansements, les distributions de médicaments.

Il faut que tout syphilitique contagieux, homme ou femme, qui demande des soins, ne se les voie jamais refuser.

Alors seulement la société aura fait son devoir matériel ; alors seulement elle aura le devoir de sévir. Car, entendons-le bien, le moment n'est pas venu d'ouvrir les hospices sanitaires ; il faut un *hôpital fermé* pour les personnes contagieuses, indifférentes, inconscientes, incorrigibles, réfractaires, comme il y en a encore tant.

Mais là surtout il faut de la douceur, de la bonté, de l'intelligence. Il faut que les femmes surtout, qui sont la rançon de la santé publique, soient au moins comme dans les hôpitaux ordinaires.

Récemment encore, à Saint-Lazare, les soins étaient donnés dans des conditions laissant tout à désirer. *L'hydrothérapie* ne fonctionne pas encore ; les pansements sont faits par d'anciennes malades et non par des infirmières. Il y a peu de temps encore, les malades (on le croira à peine) n'avaient plus à manger à partir de 2 heures de l'après-midi jusqu'au lendemain matin.

Actuellement, elles portent encore un costume de prisonnières ; on ne peut les aborder, les approcher, leur écrire ; leur correspondance est surveillée et l'on ne peut faire de visite, ni leur adresser des secours ou des douceurs de la ville, ainsi que cela se pratique dans les hôpitaux ordinaires et en ville, pour ceux qui souffrent.

Il faut notamment que ces femmes puissent surveiller, de l'asile où elles sont retenues, leurs intérêts au dehors. Il faut que les malades qui ont pris confiance et qui viennent demander secours contre leurs maladies puissent être conseillées, pansées et

traitées. Tout cela a lieu dans les hôpitaux ordinaires où je reconnais constamment de nos malades, et aucun des scandales tant redoutés par l'administration, qui légitime par cette crainte divers abus, ne se produit. Beaucoup d'améliorations ont été réalisées dans ces dix dernières années, je dois à la vérité de le déclarer hautement. Il faut que *l'hospice sanitaire* ne soit plus, ne soit jamais un épouvantail. Enfin, il importe que le dispensaire-hôpital, celui qui devra garder les malades, soit central et ne soit pas *extra muros* ; s'il n'est pas à distance facilement accessible, les malades ne pourront pas venir en nombre et le but sera manqué. Tous les asiles de convalescence, de travail, de relèvement moral, hospices, refuges, etc., pourront de plus être aidés et encouragés. Mais les mesures de rigueur ne doivent pas être supprimées. Il faut les améliorer, les mettre au niveau des mœurs adoucies du jour, au niveau de la civilisation du temps présent ; il faut que ces mesures soient « de l'époque », comme disent familièrement les antiquaires.

Qu'on ne croie pas à une atteinte à la liberté quand on n'a en vue que la conservation et la sauvegarde de la santé publique.

Jusqu'à présent, on n'a que mal employé les moyens coercitifs, comme à regret, comme on fait les choses de la perfection desquelles on n'est pas assuré. On les accomplit sans conviction, par conséquent sans résultat. On ne savait pas si on faisait bien ; alors, on appliquait mal ou mollement.

Telles sont les réformes que notre expérience d'homme mettant journalièrement la main à la pâte (que l'on nous passe cette expression familière), c'est-à-dire de praticien déjà ancien, nous porte à indiquer comme facilement et immédiatement réalisables.

Le programme que j'ai l'honneur de soumettre à cette Assemblée consiste dans la fusion de la médecine compétente et de la coercition judicieuse et adoucie ; voilà ce qui peut se faire presque à l'instant même. Voilà l'œuvre à laquelle je convie la Conférence à s'associer. Et si elle ne reste pas stérile, si elle accomplit ce programme d'attente ou de transition, provisoire si l'on veut, elle aura bien facilité et préparé la tâche de l'avenir ; elle aura bien mérité de l'humanité, puisqu'elle aussi aura fait faire un pas réel dans la voie du progrès palpable, et cela au moyen de la bonté et de la justice et par des souffrances diminuées et supprimées.

OBSTÉTRIQUE

LA COMPRESSION DE L'ABDOMEN APRÈS L'ACCOUCHEMENT

On a l'habitude chez les accouchées de mettre un bandage abdominal, de le resserrer deux fois par jour et de le maintenir en place pendant 4 à 6 semaines. Cette pratique, qui fut pendant longtemps abandonnée, est remise en traitement aujourd'hui.

M. Chaleix Vive a présenté à la Société de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux un appareil préconisé par Morisani. C'est une large compresse double, dont l'épaisseur est maillée de grains de plomb. Celle-ci pèse 5 kilogr. Cette compresse, placée sur le ventre des femmes qui viennent d'accoucher, se moule exactement par sa souplesse sur l'abdomen, sans causer aucune fatigue du fait de son poids. Elle aurait pour effet de hâter la régression utérine, grâce à une pression douce et constante, d'éviter l'inertie utérine et les tranchées *post partum*. M. Chaleix a tenu à l'employer chez quelques clientes et n'a constaté aucune influence favorable sur la région utérine.

Chez *l'une* d'elles, de violentes tranchées utérines n'ont pas cédé à la compression. La rapidité de la régression semble plutôt due à l'asepsie obstétricale, à l'évacuation absolue de l'utérus lors de la délivrance, à un repos suffisant et à la tonicité normale des tissus. M. Chaleix ne voit aucun avantage réel à l'emploi d'un bandage quelconque dans les suites de couches, sauf dans certains cas restreints.

Avant d'aborder la discussion de l'utilité des compresses de Morisani, il n'est pas mauvais de faire remarquer le peu d'expériences faites par M. Chaleix et la hâte qu'il a de conclure à l'abandon des compresses.

Précisément M. *Rivière* leur préfère l'emploi de draps de lit pliés en long, comme une grande cravate ; ils sont placés en travers sur le ventre, de telle façon que leurs extrémités reposent sur le lit, de chaque côté de la malade. Il en faut un nombre variable ; en général, le poids total des parties qui reposent sur l'abdomen peut être évalué à 5 kilogrammes.

D'après M. Hirigoyen, dans tout le Nord de la France on se sert couramment de draps de lit placés sur le ventre des accouchées. Leur emploi a été surtout vulgarisé par Stoltz, de Strasbourg, qui insistait beaucoup sur leurs avantages.

M. Lefour fait quelques remarques importantes : Peut-on dire que l'usage d'un expédient quelconque pourra empêcher la taille d'être désagréablement transformée après l'accouchement ?

C'est là une affaire de tonicité individuelle des tissus.

En ce qui concerne le retour des muscles à l'état normal, c'est encore la même chose : On ne remplace pas l'élasticité musculaire

absente. Pour ce qui est de l'*inertie utérine*, c'est tout différent. Quand la matrice fatiguée vient à se laisser distendre, il n'est pas inutile de réveiller ses contractions par des excitations extérieures. Le seul contact de la main pressant à l'extérieur peut être suffisant. La ceinture de Morisani agissant de la même façon semble devoir être d'une *réelle utilité*.

Notre scepticisme théorique pourrait ne pas être accepté par les malades, pour lesquelles l'usage d'un bandage est chose indispensable. Il faut utiliser le bandage de corps pour éviter les reproches amers qu'on ne manquerait pas de nous faire au cas de quelque suite désagréable.

En résumé, le bandage de corps est utile, car il est simple, n'a pas d'inconvénient et présente au contraire de réels avantages en cas d'inertie. Les compresses de *Morisani* semblent donc avoir une réelle importance pratique. (*Journal d'accouchements*.)

H. L.

L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES ESQUIMAUX.

Le docteur C. C. Gleanes, rapporte dans le *Pacific Medical*, journal de décembre, la bonne fortune inespérée qui lui permit d'assister aux couches d'une femme esquimau. Voici ce qu'il raconte :

« C'est l'usage, chez les Esquimaux, de ne pas rester dans l'igloo, ou maison. La femme doit aller dans les bois ou les broussailles toute seule, sans qu'il soit même permis au mari de l'assister. Elle reste là, sans autre nourriture qu'un morceau de poisson pour « cinq sommeils » jusqu'à ce qu'il lui soit permis de rentrer à l'igloo ». C'est là, sans doute, le temps nécessaire pour que cesse l'écoulement lochial. Après cela, elle et le mari prennent un bain et changent leurs vêtements de dessous, lorsque leur fortune le leur permet. Ils sont alors considérés comme purifiés jusqu'au prochain accouchement. Au moment de ses règles, une femme n'est pas admise à entrer dans une barque ou à monter sur un traîneau de son mari.

En janvier 1899, durant la longue nuit d'hiver après que le vieux soleil eut dit adieu au peuple du nord de l'Alaska pour chercher un plus doux climat dans le Sud, un messager, jeune garçon esquimau, vint à mon « igloo » et m'annonça que sa maman me demandait. Je sautai de mon lit, vêtis mes vêtements fourrés, et partis pour l'endroit indiqué à peu de distance de là ; le thermomètre était à 30° ou 40° F. au-dessous de zéro. Je trouvai la femme dehors au milieu des broussailles, dans un creux de neige, de forme ovale, de deux pieds sur six, avec quelques branches de sapin semées sur les bords comme parements et en même temps un feu de petites branches fumant. La chambre des couches (!) avait été disposée par la femme elle-même, en éparpillant une mince couche d'herbe sèche préparée par elle à cette occasion et

sur laquelle était étendue une peau de renne sans couverture d'aucune espèce.

A mon arrivée, je trouvai la femme en travail, à genoux, les fesses sur les talons, avec de fortes douleurs expulsives qui devinrent de plus en plus vives et presque continues jusqu'à ce que la poche des eaux se rompît. La mère de la femme et mon interprète, le petit garçon qui étaient près de là, commencèrent à crier : « Mama muckey, mama muckey » — muckey signifiant mourir. Je demande au garçon : « Qu'y a-t-il donc ? » Il me répondit : « Maman n'y voit plus ». Sa cécité sans doute étant due à la syncope, je leur assurai que, bientôt, la maman serait tout à fait bien portante et qu'il ne fallait pas s'effrayer.

Bientôt elle reprit ses sens et la deuxième période du travail progressa naturellement. Au bout d'une demi-heure à trois quarts d'heure, les douleurs reparurent. Elle eut une nouvelle syncope due sans doute à l'hémorrhagie. Elle revint de nouveau à elle et expulsa le placenta. Après quoi elle prit un morceau de tendon qu'elle avait préalablement préparé avec un jarret de caribon, et lia le cordon aussi près que possible de l'ombilic, puis coupa le cordon près de la ligature, avec une pierre à bord dentelé. Elle lava l'enfant dans la neige, bien qu'il se défendit à coups de pied et protestât vigoureusement par ses cris, contre une aussi froide réception.

Malgré les dures conditions qui entourent la femme esquimau pendant ses couches, le taux de mortalité des nouveau-nés, peut être favorablement comparé au nôtre, de même que celui de la mortalité des mères. La nature s'entend de mystérieuse manière à accomplir ses miracles.

La femme revêtit une ceinture ou pièce de cuir à laquelle étaient fixés, par de courtes lanières de peau de daim, des morceaux d'ivoire, des boutons, des sacs de peau dans lesquels elle serrait du tabac, des allumettes et autres petits objets de valeur. Après le bain de neige, elle plaça le nouveau-né sous les plis de son « parka, qui est la place ordinaire du jeune esquimau (quoique parfois la mère le porte à cheval sur son cou). Puis courbée en avant, avec un bâton comme soutien, elle se mit à marcher lentement et péniblement, laissant derrière elle une traînée de sang, jusqu'à une autre fosse de neige à cinquante pas de là, laquelle avait été préparée auparavant. Elle ne voulait pas rester plus longtemps à l'endroit ou l'enfant était né parce qu'il est considéré comme impur.

Les femmes de notre pays envisagent comme un redoutable moment celui de leurs couches, et c'est vrai pour quelques-unes, mais quelle différence entre elles et leurs sœurs esquimaux ! Supposez un instant l'une d'elles accouchant ainsi seule et dans de telles conditions !

PÉDIATRIE

—

DE L'ALIMENTATION DES NOUVEAU-NÉS PAR LE LAIT DE CHÈVRE.

Par Al. Boissard, accoucheur à l'hôpital Tenon.

Tous les moyens ou plutôt tous les produits naturels qui viendront augmenter nos ressources pour l'alimentation des nouveau-nés doivent être examinés avec la plus sérieuse attention, surtout dans une grande ville comme Paris où l'alimentation des enfants du premier âge constitue un vrai problème.

A une époque où l'alimentation mercenaire devient heureusement chaque jour de plus en plus difficile, coûteuse et aléatoire, à une époque où l'on commence à s'apercevoir des dangers qu'il y a à s'écarter des lois naturelles, et des inconvénients qu'il y a à rejeter les ressources mises par la nature à la disposition de la créature, il semble difficile de repousser sans examen le lait de chèvre de l'alimentation des nouveau-nés.

Estimant qu'il y aurait une coupable légèreté à bannir d'emblée et sans autre forme de procès ce mode d'alimentation, nous avons essayé dans notre service à la Maternité de Tenon le lait de chèvre, et ce sont les résultats obtenus que nous venons exposer dans ces quelques lignes qui fixeront l'attention sur ce mode d'alimentation appelé, croyons-nous, à rendre des services au point de vue de l'hygiène alimentaire des nourrissons.

L'usage du lait de chèvre pour l'alimentation des nouveau-nés est loin d'être une chose nouvelle ; après l'allaitement maternel, c'est le mode d'alimentation artificielle le plus ancien et le plus répandu, et l'on sait la place que tenait autrefois l'élevage de la chèvre, qui a été un des premiers animaux domestiqués.

C'est inimaginable combien notre époque, qui passe pour une époque d'indépendance et de libre examen, est sensible à l'ostracisme prononcé par une voix autorisée. Il semble difficile aujourd'hui de ne pas accepter comme d'indiscutables vérités des formules tombées de la bouche de certains oracles ; il y a comme une religion scientifique d'Etat.

En 1880, c'est-à-dire, il y a 20 ans, Tarnier, adoptant les formules de ses prédécesseurs, affirmait que le lait de chèvre ne convenait pas aux nouveau-nés ; employé pur ou coupé, il n'en a obtenu de bons résultats ni dans l'un ni dans l'autre cas ; du coup,

l'emploi du lait de chèvre était rejeté de l'alimentation des nouveau-nés ; pour notre part, nous pensons qu'il y a lieu de revenir sur ce jugement qui n'a pu être porté par un auteur de bonne foi, et un observateur de la valeur de Tarnier qu'en raison des conditions défectueuses de l'expérimentation ; d'où provenait le lait de chèvre employé ? Quelles espèces caprines fournissaient le lait ? Quelles étaient les conditions dans lesquelles se faisait la traite des chèvres ? Quel était enfin le mode d'alimentation des chèvres ? On connaît actuellement l'importance capitale de ces questions, dont la solution peut expliquer les succès qu'on est en droit d'attendre aujourd'hui de l'usage du lait de chèvre pour l'alimentation des nouveau-nés.

Il est incontestable qu'il existe encore actuellement des préventions contre l'emploi du lait de chèvre, mais nous pensons qu'elles disparaîtront le jour où une étude consciencieuse sur cette question sera présentée au corps médical.

Une partie de ces préventions était justifiée par les conditions défavorables où se trouvaient les chèvres laitières ; leur alimentation était défectueuse ou insuffisante ; la traite se faisait sans précaution et sans propreté, enfin le lait était renfermé dans des flacons mal lavés ou mal bouchés ; on connaît toutes les heureuses modifications qui ont été apportées de ce côté-là, et chacun sait les beaux résultats qui sont obtenus aujourd'hui pour le lait de vache.

Il y a cependant une critique qui a été justement adressée au lait de chèvre, nous voulons parler de son odeur particulière, et de la variabilité extrême de sa composition, quant à sa teneur en beurre et en caséine.

L'odeur du lait de chèvre est en rapport avec le mode d'alimentation des chèvres, *avec la sélection des espèces* et le croisement des races ; le lait que nous avons expérimenté provenait de chèvres alpines ou murciennes ; *frais*, il n'a *pas d'odeur ;* c'est même là un moyen précieux pour reconnaître avec certitude la qualité du lait et sa provenance ; au contraire, le lait provenant de chèvres non sélectionnées présente une odeur *sui generis*.

Quant à la variabilité de la composition du lait de chèvre, elle est incontestable, comme le démontre le tableau ci-dessous, mais il est facile de constater que cette variabilité est en rapport avec la race de la chèvre et avec l'époque du part; en s'adressant à telle ou telle race, on pourra donc avoir un lait plus ou moins riche en beurre et en caséine ; enfin le lait de chèvre est extrêmement riche en phosphates, ce qui a son importance au point de vue de l'évolution dentaire et de la formation du système osseux.

ANALYSES DE LAITS DE CHÈVRE

	N° 1 Grosse chèvre des Pyrénées (lactation ancienne)	N° 2 Chèvre de Murcie (lactation ancienne)	N° 3 Chèvre de Murcie (lactation nouvelle)	N° 4 Chèvre suisse (lactation ancienne)	N° 5 Chèvre suisse (lactation nouvelle)	N° 6 Chèvre de Malte	N° 7 Lait provenant de 60 chèvres alpines	N° 8 Ensemble de la traite
Réaction	Neutre	Légèrement alcaline	Faiblement alcaline	Neutre	Faiblement alcaline			Neutre
Densité	1031.5	1032.»	1030.»	1032.5	1027.»	1033.»	1025.3	1030.»
Résidu sec	139.75	128.75	129.»	115.5	100.»	146.5	102.5	132.5 pr litre
Eau	891.»	903.»	901.»	917.»	926.»	» »	» »	897.5
Sels	7.50	7.50	7.20	8.»	6.»	8.10	7.45	7.85
Partie organique	132.22	121.25	121.80	107.»	94.5	» »	» »	124.65
Beurre	50.»	36.50	41.»	26.»	24.»	44.83	31.40	39.6
Sucre de lait	54.02	55.66	47.97	52.78	46.74	46.30	41.50	49.»
Caséine	27.80	28.40	31.33	28.»	22.76	36.62	24.10	34.5
Lactoprotéine et div.	0.43	0.68	1.50	0.72	1.»	» »	» »	1.55

Le lait de chèvre a donc été rejeté de la pratique ou tout au moins exceptionnellement employé en raison de sa composition en beurre et caséine, et en raison de la difficulté d'avoir du lait toute l'année ; si l'on songe, en effet, que le lait de chèvre contient, suivant les races, de 35 à 85 grammes de beurre et de 22 à 70 grammes caséine, on comprend que, donné sans discernement, pour ainsi dire au hasard des provenances il ne puisse convenir à l'alimentation des nouveau-nés ; mais si, par une sélection judicieuse des races, et une alimentation appropriée des chèvres, on arrive à obtenir un lait d'une teneur en beurre et en caséine à peu près constante, dont la composition se rapproche très sensiblement de celle du lait de femme, nous ne voyons pas pourquoi un tel lait ne prendrait pas une place importante dans l'alimentation des nouveau-nés.

Le lait de chèvre que nous avons expérimenté, c'est-à-dire après sélection des races, traite aseptique et usage de carafes propres et bien bouchées, nous paraît offrir trois avantages d'une valeur incontestable ; la possibilité d'avoir un lait absolument frais et vivant, n'ayant subi aucune modification par des chauffes successives ou par la stérilisation, aucune altération par un voyage prolongé ; on sait qu'une grande partie du lait de vache consommé à Paris provient de vacheries distantes de 80 et 100 kilomètres ; au contraire, pour le lait de chèvre, il sera possible de faire la traite à domicile, en transportant dans des voitures spéciales les chèvres laitières ; de toute façon, la traite ayant lieu dans des chèvreries parisiennes, le lait pourra toujours être consommé frais ; en second lieu, la chèvre étant absolument réfractaire au bacille de Koch, il n'y aura aucune crainte de la transmission de la tuberculose en donnant le lait cru, c'est-à-dire à peine réchauffé, et ce point nous paraît d'une importance capitale en ce temps de lutte contre la tuberculose ; enfin, les résultats fournis par l'expérimentation (digestions artificielles par la gastérine), démontrent l'extrême digestibilité de ce lait, comparable à celle présentée par le lait de femme ; ces expériences feront du reste l'objet d'une communication ultérieure.

En raison des avantages que nous venons de signaler, et en présence des résultats cliniques obtenus d'ores et déjà, nous pensons qu'on trouvera un précieux auxiliaire dans l'emploi et l'usage du lait de chèvre, mais de suite, nous ajoutons que pour que les résultats soient satisfaisants, il est de nécessité absolue que la récolte, la traite et la distribution du lait soient faites dans des conditions irréprochables. Le danger ou les déceptions commenceront le jour où la consommation tendra à devenir supérieure à

la production et chaque fois que le lait ne sera pas donné frais ; il faut donc qu'en dehors de la sélection des races et du mode d'alimentation des chèvres, le *lait soit pour ainsi dire recueilli sur place*, c'est-à-dire à Paris, quitte après 4 ou 5 mois de stabulation, à renvoyer les chèvres loin de Paris, pour les remettre au vert ; à cet effet, on créera autant de chèvreries parisiennes qu'il sera nécessaire, de façon à augmenter la production suivant les besoins.

On sait que le bon lait de vache est celui qui est fourni par le fermier-propriétaire qui ne vend que le lait recueilli dans ses propres étables ; dès qu'en raison de l'extension de sa clientèle, il veut fournir plus de lait qu'il n'en produit dans sa ferme, la qualité du lait baisse ; il cesse d'être fermier pour devenir entrepositaire de lait recueilli dans le voisinage, d'où l'éclosion des mélanges que l'on connaît et qui sont vendus sous le nom de lait.

Jusqu'à présent, c'est-à-dire en l'absence des chaleurs, le lait que nous avons donné aux nouveau-nés provenait exclusivement de la traite du matin ; mais le lait fourni par les chèvreries parisiennes devra être livré au moins deux fois par jour. Nous rappelons qu'*un des grands avantages du lait de chèvre est la possibilité de pouvoir toujours donner du lait frais au nouveau-né* ; avec le téléphone et un service rapide de transports, il sera toujours facile de livrer le lait fraîchement trait et on demandera du lait frais comme on fait venir de chez le pharmacien une potion ou un ballon d'oxygène.

Le lait de chèvre que nous avons employé était donné soit dans le service, c'est-à-dire à des tout nouveau-nés, soit à notre consultation externe de nourrissons, c'est-à-dire à des enfants âgés de quelques mois ; chez les premiers comme chez les seconds, le lait, donné non coupé, était bien supporté ; outre l'augmentation du poids, les garde-robes ne présentèrent pas d'odeur ; leur coloration seule nous a paru un peu particulière, s'éloignant du type bouton d'or ou œufs brouillés pour se rapprocher de l'aspect d'un potage à la farine de maïs ; deux fois nous avons donné du lait de chèvre à des enfants syphilitiques que ne pouvaient alimenter leurs mères, et nous pensons qu'en pareil cas l'usage du lait de chèvre pourra rendre des services.

Actuellement, nos recherches cliniques sont encore trop récentes et trop limitées pour nous permettre de porter un jugement ferme et définitif sur ce mode d'alimentation, mais nous croyons pouvoir déjà affirmer que l'emploi du lait de chèvre sera un adjuvant précieux dans l'alimentation des nouveau-nés, sous la réserve

que ce lait, provenant de races caprines sélectionnées, sera donné avec les précautions de la plus minutieuse propreté, et fourni dans les conditions de célérité et de fraîcheur qu'il sera facile d'obtenir. (*Journal des praticiens*, 30 mai 1900.)

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

DE L'APPLICATION DU CHLORURE DE ZINC AU TRAITEMENT DES ENDOMÉTRITES

La méthode de Dumontpallier consistant dans l'introduction dans la cavité utérine de bâtonnets de pâtes caustiques pour guérir les endométrites est presque abandonnée ou tout au moins réservée à des cas peu nombreux et bien déterminés. Mais on fait usage maintenant de solutions de chlorure de zinc plus ou moins concentrées.

Voici le modus faciendi du Dr L. Archambault.

Il emploie deux solutions, une forte à 50/50 au début du traitement, ensuite une solution faible à 1/20.

1° Désinfection du vagin au sublimé à 1/2000 ou au permanganate de potasse à 1/1000.

2° Dilatation du col : extemporanée si le col est ramolli au moyen de Bougies de Hégar.

Ou avec des tiges de laminaires si le col est fermé non ramolli.

3° Lavages intra-utérins avec la sonde de Doléris, avec une solution de permanganate à 1/1000 ou 1/2000.

4° Ecouvillonnage de la cavité utérine au moyen d'un pinceau d'ouate trempée dans la solution de chlorure de zinc et promené sur toute la paroi utérine.

5° Pansement avec une longue mèche de gaze iodoformée tassée dans l'utérus, puis tamponnement du vagin si on redoute une hémorrhagie, avec un tampon d'ouate imbibée de glycérine ichthyolée à 1/100 ou de vaseline boriquée à 5 %.

LES SÉRUMS ARTIFICIELS EN OBSTÉTRIQUE ET EN CHIRURGIE.

Le nom de sérum artificiel est donné à la solution normale de chlorure de sodium ainsi formulée :

Chlorure de sodium.....	5	grammes.
Sulfate de soude.....	10	—
Eau distillée.....	1000	—

Dans les débuts, le sérum artificiel n'était employé que pour combattre les pertes sanguines profuses ou les accidents du shock opératoire ; mais une récente discussion entamée à la *Société de Chirurgie*, de Paris, a ouvert des horizons nouveaux à une thérapeutique qui cadre avec les données nouvelles de la sérothérapie.

M. Bouilly a démontré l'importance des injections de sérum artificiel dans le traitement des infections. Ces injections pratiquées dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines rencontrent de nombreuses indications.

Plus facile, plus pratique, l'injection sous-cutanée sera faite pour remédier aux hémorragies, au shock et cédera la place aux injections intra-veineuses dans les cas d'urgence, de danger pressant, comme c'est l'ordinaire dans les infections. Les opinions émises à la Société de chirurgie nous montrent M. Segond utilisant les injections d'une manière méthodique dans les hystérectomies graves ; MM. Bouilly, Pozzi, Michaud suivent la même pratique. M. Rochard les a aussi employées avec grand succès.

Dans un cas, entre autres, après une laparotomie grave, longue et suivie d'une abondante perte sanguine, l'opérée reçut 300 grammes de sérum artificiel ; la patiente, considérée comme morte, était sauvée le lendemain.

Les praticiens auront de fréquentes occasions de recourir aux injections de sérum artificiel après les hémorragies post-partum.

La formule de sérum, donnée ci-haut, doit être stérilisée par l'ébullition dans un vase clos ou dans un ballon à deux tubulures. Pour l'injection, il faut aseptiser le champ opératoire. Le lieu d'élection est la région fessière près de la hanche ou la face externe de la cuisse. L'injection est poussée lentement pour ne pas tendre trop fort les tissus.

Quand on ne possède pas de matériel spécial pour ces injections (ballon à deux tubulures avec poire en caoutchouc pour exercer une pression sur le liquide) on se servira d'une seringue à injection d'une contenance de 10 c. c. ou même, selon le conseil de Duplay, d'une aiguille munie du tuyau de caoutchouc d'un mètre de longueur se rendant au réservoir. Dans ce cas, la pesanteur du liquide, tenu à un mètre de hauteur, suffit à le faire pénétrer dans les tissus.

Dans les cas urgents, les chirurgiens emploient l'injection intraveineuse.

La dose *maxima* de sérum artificiel poussée en une fois a été de deux litres, mais d'ordinaire environ 1.000 à 1.500 grammes suffisent. L'opération peut être répétée jusque trois fois le même jour. M. Lejars a employé, chez un malade qu'il a sauvé, vingt-six litres de sérum artificiel en neuf jours. C'était dans un cas d'infection et on peut vraiment dire que le chirurgien a lavé le sang du malade.

Cette thérapeutique est inoffensive et est appelée à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des infections péritonéales. Son action se résume dans ce cas en une large élimination des toxines du sang par les émonctoires naturels, par les reins surtout, ce qui se marque par l'abondance des émissions d'urine. La méthode a d'autant plus de chances de réussite que les reins sont intacts : ainsi chez les individus jeunes.

BULLETIN

—

LE MONUMENT TARNIER. — NOS ACCOUCHEURS EN BRONZE.

Je suis, par goût et par principe, hostile à l'élévation de ces horribles édicules qui déshonorent nos carrefours sous le fallacieux prétexte de rendre hommage à nos « gloires nationales » ; j'admets encore la statuaire grecque, la reproduction de la forme esthétique, mais j'ai horreur de ces maquettes représentant l'être humain « en redingote », telle la statue de Gambetta au Carrousel. A mon avis, Mahomet a rendu un grand service à l'art en prohibant, dans la religion musulmane, la reproduction des traits de l'homme ; j'attends avec impatience le reveil de l'iconoclastie pour m'enrôler sous sa bannière.

Jusqu'à ce jour la statuomanie avait exercé peu de ravages dans le corps médical ; les maîtres faisaient exécuter leur buste pour orner leurs salons et c'est la Salle des Pas Perdus de l'Académie de médecine qui héritait de ces blocs informes où on peut les contempler à loisir.

Mais il devient de mode aujourd'hui, aussitôt qu'un MAITRE disparaît, d'ouvrir une souscription pour « lui élever un monument ». Le mort devient ainsi utile non seulement en laissant des places longtemps convoitées, mais en permettant à ses ELÈVES de se faire une petite réclame sur son nom. Tout cela est du reste fort innocent et aide à vivre un grand nombre de rapins.

Mais ce qu'on n'avait pas encore osé faire, c'est d'élever sur nos places publiques des statues à des MÉDECINS VIVANTS.

C'est Tarnier, qui fut certes l'homme le plus simple et le plus ennemi de la réclame, qui sert de prétexte à cette innovation.

Ses élèves avaient réuni une somme assez rondelette pour

lui élever une statue qui ornera (?) la rue d'Assas. L'exécution en fut confiée à un spécialiste du nom de Puech.

La *maquette* du monument fut soumise à un comité qui s'est réuni il y a quelques semaines à la Faculté sous la présidence de l'infatigable Brouardel.

Quelques membres ne furent pas peu surpris de voir au-dessous d'une figure de Tarnier, médiocrement ressemblante, la statue monumentale de MM. Pinard et Champetier de Ribes.

On demanda timidement quelques explications ; l'artiste, nullement embarrassé, répond : « Je ne connaissais pas Tarnier et ne pouvais bien reproduire ses traits ; j'avais au contraire à ma disposition des accoucheurs vivants que j'étais sûr de réussir ».

Eh bien ! le croiriez-vous ? les membres du comité, présidé par M. Brouardel, n'ont pas osé protester ; ils ont accepté la maquette à l'*unanimité*.

Ce sont cependant des hommes intelligents pour lesquels je professe la plus haute estime ; je me permettrai cependant de leur présenter les réflexions que nous faisons tous en nous gaudissant dans les milieux médicaux « où l'on dit ce que l'on pense ».

D'abord il est absolument grotesque, pour ne pas dire plus, d'élever sur nos places publiques des statues à des accoucheurs vivants qui, au même titre que leurs collègues, sollicitent la clientèle.

Sans faire de personnalités, je demanderai à Puech et au comité pourquoi, dans le corps si nombreux et si honorable des accoucheurs officiels, a-t-on choisi MM. Pinard et Champetier ? Est-ce le sort qui les a désignés pour cette ridicule exhibition ou bien ont-ils été choisis parce que leurs traits et leurs formes sont plus « académiques » que ceux de leurs collègues moins favorisés de la nature ? Si c'est pour cette raison, je n'hésite pas à reconnaître que le choix est excellent.

Mais que vont dire les souscripteurs qui ont versé leurs fonds pour avoir la statue de Tarnier et non celle de ses successeurs ?

Je m'incline devant les raisons d'esthétique qui ont fait choisir M. Pinard de préférence à MM. Budin ou Maygrier ; mais les raisons d'ordre moral sont fort contestables. Tout le monde sait que de vifs dissentiments s'étaient élevés pendant ces dernières années entre cet excellent Tarnier et le professeur Pinard, et ce ne sera pas une petite surprise pour

les initiés de voir ce dernier glorifié avec un maître qui l'avait répudié de son vivant.

Dans tous les cas, le monument de la rue d'Assas ne sera pas banal. Des accoucheurs statufiés de leur vivant et dans l'exercice de leurs fonctions !

Ce sera certainement le spectacle le plus curieux que la France décadente pourra offrir aux nombreux visiteurs qu'attirera notre brillante exposition. A. LUTAUD.

REVUE DES JOURNAUX

LELONG : **Etude des nœvi dans leurs localisations et leurs rapports avec le système nerveux, notamment avec les métamères.** (*Thèse*, mai 1899.) — D'après la théorie métamérique, les téguments et la moelle sont divisés en étages ou métamères superposés, appelés dermatomères d'une part, neurotomes ou myélamères d'autre part. Les neurotomes se mettent en rapport avec les dermatomères par l'intermédiaire des racines postérieures et les fibres nerveuses qui les forment ont comme origine des cellules situées dans plusieurs neurotomes superposés. Le rhizomère (racine postérieure) donne également naissance à un métamère périphérique appelé métamère radiculaire qui forme une métamérisation différente de celle des myélamères. Les nœvi correspondent tantôt à des dermatomères, tantôt à des métamères radiculaires, le plus souvent aux deux à la fois. Ces différentes dispositions s'expliqueraient par un trouble des cellules médullaires siégeant à des hauteurs différentes de la moelle et intéressant, en totalité ou en partie, un ou plusieurs neurotomes. A. C.

PLATEL : **Deux cas de propagation de vaccine.** (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 17 janvier 1899.) — A la suite de la présentation de deux malades atteints de propagation de vaccine, l'auteur étudie les caractères de la vaccine généralisée et de la vaccine d'auto-inoculation. La vaccine généralisée est une fièvre éruptive caractérisée par : 1° une période d'incubation de 3 à 5 jours ; 2° une deuxième période de 3 à 5 jours caractérisée par une apparition généralisée de papules ; 3° une période de vésiculation et de pustulation ; 4° enfin une période de dessiccation suivie de cicatrices indélébiles. La vaccine par l'auto-inoculation n'a pas la même marche : le vaccin primitif normal se développe, puis, à la suite de grattages, on voit autour de lui quelques pustules, et le virus porté au hasard en des points variables inocule çà et là quelques éléments pustuleux. L'auteur conclut ainsi qu'il suit : 1° le vaccin pour se reproduire par auto-inoculation paraît avoir besoin du locus minoris résistentiæ ; 2° la solution de

continuité a certainement l'apparence de la nécessité, mais elle n'est pas tout ; 3° le locus minoris résistentiæ paraît dû parfois à la présence des lésions cutanées plus ou moins inflammatoires ; 4° il semble que le plus souvent le vaccin soit la seule cause de l'auto-inoculation par suite de son association avec d'autres agents à virulence exaltée par sa présence. A. C.

WALTER SPENCER : **Une épidémie de dermatite exfoliatrice des nouveau-nés.** (*Ann. de méd. et chirurgie infantiles*, 1er février 1900.) — A l'occasion d'une relation sur 25 cas de dermatite des nouveau-nés, W. Spencer étudie les caractères de cette maladie et les compare à ceux qu'il a observés. Selon lui, et en opposition avec Bitter, l'affection est contagieuse ; Saville l'attribue d'ailleurs à un diplocoque caractéristique. L'éruption a débuté habituellement par le tronc en s'étendant de préférence du côté de l'extension, elle était objectivement représentée par un érythème, des papules, des vésicules et des pustules. La plupart des enfants atteints étaient robustes et bien portants, 5 seulement succombèrent. Ce sont les lotions d'oxyde de zinc phéniqué sous forme de compresses appliquées d'une façon permanente qui donnent les meilleurs résultats. Le traitement général n'est nécessaire que dans les cas de syphilis.

A. C.

E. AUSSET : **Sur un cas d'érythème simple généralisé (intoxication par le salol) chez un bébé de 12 jours.** (*Echo méd. du Nord*, janv. 1900.) — M. Ausset rapporte un cas d'intoxication due au salol dont les inconvénients ne sont pas encore suffisamment connus ici. Il s'agit ici d'un nouveau-né qui fut atteint d'un abcès du thorax ; l'incision fut suivie d'un lavage boriqué et d'un pansement à la gaze salolée. Près de 24 heures après survient un érythème rouge sombre, lisse, uniforme, recouvrant la presque totalité des téguments ; en même temps stomatite simple généralisée. La gaze salolée fut remplacée par des pansements à l'acide borique : trois jours plus tard l'éruption avait disparu. L'hypothèse d'une rougeole, d'une rubéole, d'une scarlatine, d'un rash prévariolique, de l'érysipèle et de la syphilis ne pouvant ici être admise, on est conduit à considérer ce cas comme un érythème provoqué par le salol. Dans des exemples analogues l'examen des urines pourrait être d'un grand secours en montrant la présence de l'acide salicylique. A. C.

P. RAINGEARD. **Nouveau cas de purpura foudroyant chez un enfant de 18 mois.** (*Gaz. des Mal. infantiles*, n° 3.) — Enfant de 18 mois de santé ordinairement bonne et de belle apparence qui, en l'espace de quelques heures, présente sur le tronc et le bras droit de larges taches purpuriques ; ce purpura était accompagné d'un œdème considérable. Il n'y eut pas d'hémorrhagies des muqueuses et la mort survint rapidement. Rien ne peut faire penser que ce purpura fût secondaire à une fièvre éruptive quelconque ; on ne peut

non plus incriminer des troubles digestifs ou une intoxication médicamenteuse, mais la fièvre et quelques troubles pulmonaires peuvent faire penser à une maladie infectieuse compliquée de purpura cutané. C'est donc là un nouveau cas de purpura foudroyant, affection si peu connue encore dans ses causes et dans sa pathogénie. A. C.

Ch. Rocaz. **De la pathogénie des purpuras.** (*Ann. de la policlin. de Bordeaux*, déc. 1899.) — A l'occasion d'un cas de purpura rhumatoïde, le D. Rocaz étudie la pathogénie de cette affection : on peut, chez l'enfant, observer le symptôme purpura dans deux conditions différentes : 1° dans le cours d'une maladie infectieuse, c'est le purpura secondaire ; 2° au contraire, comme élément principal d'un syndrome particulier qu'on décrit sous le nom de purpura primitif. Le purpura primitif a été lui-même divisé en plusieurs variétés : maladie de Werlhof, caractérisée par l'étendue des taches ecchymotiques, la fréquence des hémorrhagies et l'absence de fièvre, le purpura infectieux où les phénomènes généraux dominent au contraire ; le purpura rhumatoïde dans lequel les arthropathies jouent le rôle principal. Cette subdivision ne doit sans doute pas être conservée et toutes les variétés de purpura décrites séparément doivent être regardées comme des modalités différentes d'un même syndrome caractérisé par des hémorrhagies sous-cutanées et muqueuses, accompagnées de phénomènes infectieux d'ordre et d'intensité variables. Tous les microbes pathogènes, streptocoque tout d'abord, staphylocoque, pneumocoque, bacilles de Koch, de Lœffler, etc., peuvent, dans certaines conditions, prendre un pouvoir hémorrhagique spécial ; il semble d'ailleurs qu'il faille plutôt incriminer la toxine que le microbe. Mais quant à savoir si la toxine microbienne agit directement sur les vaso-moteurs des petits vaisseaux ou sur les centres nerveux qui commandent à la vaso-motilité, c'est une question à laquelle il est encore difficile de répondre d'une façon catégorique ; quoi qu'il en soit, d'ailleurs, il est incontestable que le système nerveux joue un rôle capital dans la pathogénie du purpura. C'est que pour le purpura comme dans toutes les infections il faut à la fois la présence du germe infectant et la préparation du terrain sur lequel il doit évoluer. Et ici c'est justement dans un trouble du système nerveux parfois bien léger et cliniquement inappréciable que se trouve cette préparation du terrain. A. C.

MÉDECINE PRATIQUE

Les aliments du sevrage. — Nous allons passer rapidement en revue les aliments autres que le lait que l'on peut donner aux enfants après le sevrage et pendant leur seconde année.

Voici, d'après Comby, les farines et poudres alimentaires les plus recommandables pour la préparation des bouillies et des panades dont on doit alimenter les enfants du premier âge.

Farines lactées. — La farine lactée est un produit très répandu, à base de lait et de farine de blé. Elle s'obtient par la concentration du lait dans le vide et par l'addition de pain torréfié et de sucres. La farine d'avoine d'Ecosse, très recommandée en Angleterre, contiendrait, d'après ses promoteurs, des principes excitants et fortifiants qui manqueraient à la farine de froment. Elle sert à faire des bouillies au lait, que certains enfants aiment beaucoup. Sous le nom d'*avenaline*, on a préconisé un gruau d'avoine torréfié et diastasé qui rappellerait la fromentine. Mais en France, la farine d'avoine ne joue qu'un rôle très restreint dans l'alimentation des enfants du premier âge.

Farine de maïs ou maïzaline. — On fait avec la farine de maïs, tirée du maïs jaune de Bourgogne, des bouillies acceptables qui contiendraient 12 p. 100 de principes azotés, 8 p. 100 de substances grasses, 3 p. 100 de sel sans parler des féculents et du sucre.

Farine de froment. Crèmes d'orge, de riz, etc. — On employait beaucoup autrefois les bouillies au lait faites avec la farine de froment séchée au four ; on étendait la farine sur une assiette et on la portait à une haute température, qui la desséchait et la stérilisait.

Ces bouillies sont plus riches que les bouillies de fécules de pommes de terre ; elles sont moins riches que les préparations de *fromentine*, substance tirée de l'embryon du blé et qui a pour composition :

Albuminoïdes	54,51
Amylacées	29,08
Sels	6,98
Cellulose	12,65

Cette substance conviendrait spécialement aux enfants très délicats ; elle doit être délayée dans l'eau avant d'être portée à l'ébulition avec le lait ou le bouillon. Les bouillies faites avec l'orge seraient plus laxatives que les précédentes et se prescriraient dans les cas de constipation.

Crème de Biedert ; Crème de Liebig. — La crème de Biedert, très commune en Allemagne, est un lait artificiel de composition assez simple :

Lait pur	1/4 de litre.
Eau	3/4 de litre.
Sucre de lait	15 gr.

Ce lait étendu et sucré est préférable à la crème de Liebig, dont la préparation est plus délicate et l'emploi plus dangereux.

On fait bouillir jusqu'à consistance mielleuse 16 grammes de farine de froment avec 100 grammes de lait écrémé ; on triture 16 grammes d'orge germée avec 32 grammes d'eau et 3 grammes d'une solution de bicarbonate de potasse à 2 p. 100. On fait bouillir le tout et on passe au tamis. Cette mixture n'a pas donné de bons résultats.

Panades de biscottes, etc. — Les panades sont des aliments un peu plus lourds, mais plus nutritifs que les crèmes et les bouillies de farine. Elles conviennent à des enfants plus âgés et jouent un grand rôle au moment du sevrage. Elles se préparent en délayant du pain dans l'eau ou dans le lait et en faisant bouillir avec un peu de beurre et de sel. Pour rendre la panade plus riche, on peut y mêler un jaune d'œuf ou un œuf entier. On ne doit employer, pour les panades, que le pain grillé ou les produits connus en boulangerie sous le nom de *biscottes de Bruxelles, Grissini*, etc.

Les *biscottes* sont des tranches de pain de gruau avec légère addition d'œuf et de beurre, qu'on a portées au four de façon à torréfier leurs deux faces. On fait aussi des biscottes de *légumine*, plus riches et plus azotées que les précédentes, soit avec la farine de légumes secs (haricots, fèves, pois, lentilles), soit avec l'embryon du blé et les graines de certaines plantes papilionacées.

Les *Grissini* sont de petites baguettes de pain ne contenant pour ainsi dire que de la croûte, et, par conséquent, très favorables à l'alimentation des jeunes enfants. On peut en faire des soupes ou des panades au beurre, au lait, au bouillon. Les enfants peuvent même les sucer et les mâchonner.

Racahout et similaires. — Le racahout des Arabes est à base de riz, de fécule, de cacao et de salep ; il a pour composition :

Cacao torréfié	ãã 60 gr.
Fécule de pom. de terre.	
Farine de riz	
Salep	15 gr.
Sucre	25 gr.
Vanille	1 gr.

Le salep, farine retirée des tubercules et rhizomes de certaines orchidées (orchis bifolia), manque dans certaines formules :

Cacao torréfié	15 gr.
Fécule de pom. de terre.	ãã 40 gr.
Fécule de riz	
Sucre	60 gr.
Vanille	2 gr.

La phosphatine Falières est un mé-

lange de farine de riz, de tapioca, de fécule de pommes de terre, d'arrow-root à parties égales, plus du cacao, du sucre et phosphate de chaux (20 centigrammes de phosphate bicalcique par cuillerée à soupe). Cette farine, très analogue au racahout, dont elle offre le goût, en diffère par l'absence de salep, la présence de tapioca et d'arrow-root, l'addition de phosphate de chaux. Ces différentes spécialités servent à faire des bouillies au lait que les enfants aiment beaucoup en général, et dont ils se lassent moins vite que des autres farines.

Arrow-root. — L'arrow est une fécule extraite des rhizomes de plantes cultivées à la Jamaïque (Maranta indica, Maranta arundinacca). C'est une poudre très fine qui sert à faire des bouillies au lait assez agréables. Elle a l'inconvénient d'être pauvre en substances albuminoïdes. On peut la rendre plus riche en la mêlant à d'autres substances qui la rapprochent alors des racahouts. Le *mélange de Husson* a eu son heure de vogue, et sa formule doit être rappelée :

Arrow-root.....	ââ 500 gr.
Farine d'avoine.....	
Sucre.....	
Sagou.....	400 gr.
Cacao.....	ââ 50 gr.
Phosphate de chaux.....	
Vanille.....	1 gr

Semoules, tapioca, sagou, etc. — En broyant incomplètement les céréales (blé, orge, riz) et en les débarrassant des parties corticales à l'aide d'appareils spéciaux, on obtient les semoules qui peuvent servir à faire des potages au bouillon et au lait, bien tolérés par certains enfants.

Le sagou, le tapioca sont des fécules retirées de la moelle du sagouier (sagus faninacca) pour le sagou, de la racine du manioc pour le tapioca dit encore sagou blanc.

Aucune des substances simples ou complexes que nous venons de passer en revue ne peut prétendre à remplacer le lait de femme, ni même le lait de vache. Employées prématurément elles conduisent rapidement les nourrissons à la dyspepsie, à la gastro-entérite et à l'athrepsie. Il y a donc un véritable danger à employer avec excès et intempestivement les substances alimentaires autres que le lait Ces substances peuvent servir à préparer le sevrage ; ce sont des aliments de transition, qui donnent de bons résultats quand ils sont employés avec discrétion, et concurremment avec le lait, qu'ils peuvent aider, qu'ils ne doivent pas remplacer brutalement, et complètement, du jour au lendemain.

Certains auteurs conseillent de donner au nourrisson de petites quantités de bouillon, mais seulement vers le 10e mois de la première année. Cet aliment est bien toléré par les enfants âgés de plus d'un an, à la condition qu'il soit préparé avec de la viande tout à fait fraiche. De plus, il est indispensable que le bouillon ait été complètement dégraissé et bouilli. Dans ces conditions, on peut préparer des soupes avec des farines alimentaires cuites dans du bouillon, ou donner le bouillon pur, mais en très petites quantités.

Pour les enfants âgés de plus d'un an, M. le Dr Marfan propose les menus suivants, qui, alternés, sont admirablement bien tolérés et procurent aux enfants une ration d'accroissement largement suffisante.

Menus pour servir aux repas des enfants âgés de moins de 3 ans.

I. Enfants de 10 à 12 mois. — Une bouillie et 5 tétées, ou 5 biberons avec 200 grammes de lait pur stérilisé et sucré. On doit habituer l'enfant à boire dans un verre ou une timbale.

II. Enfants de 12 à 15 mois. — Quatre repas par jour, 2 petits et 2 grands. Exemple : à 8 heures du matin, bouillie ou soupe au lait ; à midi, soupe ou potage au bouillon gras, un œuf ou, de temps à autre, un peu de cervelle de mouton, un peu de pain ; comme boisson, 1/4 de timbale de lait stérilisé ou d'eau bouillie ; à 4 heures du soir, 200 à 250 grammes de lait stérilisé ; à 7 h. 1/2 du soir, une bouillie ou soupe au lait. Ces quantités peuvent être augmentées suivant l'âge de l'enfant.

III. Enfants de 15 à 20 mois. — Deux bouillies plus abondantes et 3 timbales de lait stérilisé sucré.

IV. Enfants de 20 mois à 2 ans. — Remplacer de temps en temps l'œuf du repas de midi par du blanc de poulet haché menu ou un peu de poisson frais. Au dernier repas ajouter un peu de purée de pommes de terre ou de crème aux œufs. Si l'enfant est constipé, donner quelques légumes verts. Plus tard, gâteaux secs ou gelées de fruits.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

—

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE ET RÉTENTION PLACENTAIRE. EMPLOI DU SÉRUM ARTIFICIEL. CURETTAGE.

Par le Dr Lambinon.

Madame X..., Ipare, âgée de 26 ans, est une robuste personne de tempérament sanguin, sans tare héréditaire et sans antécédents pathologiques. Elle s'est accouchée chez elle, à la campagne, le 23 janvier 1900 et a mis au monde, sans intervention opératoire, une superbe petite fille vivante et bien portante.

Inquiet, le mari nous prie d'examiner sa femme pour la première fois dans la matinée du 26 janvier dernier.

L'abdomen est volumineux, mais insensible à la pression.

L'utérus est assez élevé et remonte, pour ainsi dire, jusqu'à l'ombilic.

Les douleurs ressenties par la patiente prouvent apparemment l'existence de contractions utérines pour expulser un corps étranger. Nous ne pensons pas à la possibilité de simples arrière-douleurs,car la matrice reste élevée. Il existe une déchirure du périnée au second dgré. Les tissus sont presque exsangues. Grâce au toucher fait avec les précautions usuelles, nous trouvons dans l'utérus un énorme débris placentaire qui est retiré immédiatement par expression et présente une odeur *sui generis*.

La patiente paraît soulagée. Peu de temps après survient un grand frisson, précurseur de la fièvre qui devait s'allumer rapidement.

On réchauffe l'accouchée, puis, quand l'orage est passé, nous lui faisons une injection sous-cutanée de 300 grammes de liquide physiologique (solution de Na Cl à 7 pour mille).

Une heure plus tard nous avons cru devoir faire la périnéorraphie pour ne pas exposer la plaie à l'infection probable.

Traitement. — Injections intra-utérines chaudes de sublimé à 20 centigrammes pour 100.

Contre la constipation : lavement glycériné (une cuillerée à soupe de ce produit dans 1 litre d'eau savonneuse).

A l'intérieur : Champagne, lait (2 litres *pro die*) et bouillon (1 litre).

Comme il fallait s'y attendre, la fièvre rémittente a persisté pendant tout le mois de janvier et pendant plus de la moitié du mois de février.

Elle a été spécialement combattue par de larges frictions faites à la soirée au moyen soit d'alcool camphré, soit de vinaigre aromatique.

Cette méthode a l'extrême avantage de ménager parfaitement les voies digestives et nous croyons pouvoir la recommander vivement à l'attention de nos confrères.

Au début de février, la malade ne va pas mieux. Les lochies sont

toujours sanieuses et la température ne tombe pas. Pendant les trois premiers jours du mois, température vespérale de 39° C.

Le dimanche 4 février, à la soirée, 39° C et *nouveau frisson*, moins grave toutefois que le premier.

Le lendemain, après midi, il y a une température de 38°7 C. La patiente prend peu de chose et s'affaiblit. Le pouls est à 120.

Il y a concordance du pouls et de la température. Mais il existe des débris de muqueuse utérine nécrosée dans les lochies qui ont une odeur épouvantable.

Il est temps de faire un curettage *prudent*. Le 7 février les débris de la muqueuse de l'utérus lésé sont enlevés au moyen de la curette. Puis un bon écouvillonnage à la glycérine créosotée et un tamponnement à la gaze iodoformée complètent heureusement l'opération.

Chose curieuse, la température est seulement devenue peu à peu *normale* le 15 février. Bien plus, à la suite d'une injection intra-utérine faite le 13 de ce mois, il s'est produit des *phénomènes réflexes inquiétants*, c'est-à-dire des lypothymies et de légères convulsions contre-indiquant les injections intra-utérines.

A la suite de cette alerte la patiente a pris pendant 3 jours le cordial suivant :

Digitaline cristallisée de *Merck*.....	*un* milligramme.
Alcool rectifié.....	C gouttes.

A prendre 25 gouttes à 8 heures du matin, 25 gouttes à midi, 25 gouttes à 4 heures et 25 gouttes à 9 heures du soir.

On prescrit 3 tabloïdes de nucléine *pro die*.

L'amélioration est manifeste trois jours après et s'accentue encore à la fin de la semaine.

Le dimanche 18 février, la température est toujours normale, le sensorium bon et le pouls plein et régulier. La patiente a pris de l'extrait de viande « *Puro* », du lait, du bouillon et du blanc de poulet.

L'alerte est conjurée. A noter une légère phlébite inférieure gauche à la racine du membre.

Il n'y a plus trace de lait dons les mamelles.

Traitement. — Nucléine 3 tabloïdes par jour et quelques lavages vulvaires. Repos au lit et application d'une bonne couche de ouate sur la cuisse gauche. Régime : Lait, bouillon et viandes blanches.

Dès lors, l'état de la patiente s'améliore tous les jours davantage.

L'accouchée s'alimente bien et a pu se lever le 27 février. On lui a mis par prudence un caleçon élastique vu l'existence, pendant le *post partum*, d'un petit thrombus fémoral du côté gauche.

Telle est l'observation d'un cas intéressant de septicémie suivi de guérison chez une primipare, accouchée sans intervention d'aucune espèce.

Réflexions. — Après l'accouchement il faut *toujours examiner le placenta et le périnée*. C'est élémentaire.

Si l'on avait convenablement examiné le gâteau placentaire dans le cas décrit plus haut, Madame X... n'aurait pas été à deux doigts de la mort. Quoi de plus simple quand un lobe est resté dans l'utérus d'introduire la main et de retirer le corps du délit?

Que s'est-il passé chez la personne qui fait le sujet de notre observation. Il y a eu endométrite septicoputride. Pourquoi?

L'endométrite putride reconnaît pour cause la présence simultanée de bactéries, bacilles et coccus. Ces saprophytes causent la putréfaction des débris de la muqueuse utérine. Cette forme pure de l'infection est rare. Sur onze cas d'endométrite putride, on n'a vu que dans trois cas les germes pathogènes ne pas se développer. Ces trois faits négatifs ne sont pas absolument probants, car *Bumm* disposait dans ces cas seulement d'une faible quantité de substance putride pour faire des cultures.

Généralement on trouve dans l'endométrite putride, indépendamment des germes de la putréfaction des organismes septiques causant l'apparition d'une affection mixte ou septico-putride.

En ce qui concerne les lésions du périnée après l'accouchement, elles doivent être l'objet de la plus scrupuleuse attention. Il faut toujours suturer *immédiatement* le plancher périnéal lésé par le passage du fœtus. C'est une règle dont nous ne voulons à aucun prix nous départir et elle nous a valu de nombreux succès.

(*Journal d'accouchements*, de Liége.)

INFANTICIDE PAR STRANGULATION A L'AIDE DU CORDON OMBILICAL

Par le docteur Dufour

Médecin expert près les tribunaux de Marseille, membre correspondant de la Société de médecine légale.

Ce mode d'infanticide fort rare puisque Tardieu (1) n'en signale que deux cas, a soulevé une question qui est loin d'être résolue. On s'est demandé en effet si la strangulation à l'aide du cordon enroulé autour du cou d'une façon anormale mais naturelle, était possible, l'enfant ayant déjà respiré.

Tardieu est à ce sujet très catégorique : il écrit « que lorsque l'enfant naît étranglé par le cordon, il n'y a jamais respiration complète, ni surnatation des poumons soumis à la docimasie ».

Devergie soutient une opinion opposée. D'après lui, dans cer-

(1) Tardieu. — L'*Infanticide*, p. 156. — Paris, J. B. Baillière, 1868.

tains cas, le cordon, bien qu'enroulé autour du cou, est assez long pour permettre la sortie de la tête hors de la vulve, si la femme cherche alors à se délivrer en tirant sur la tête, le cordon peut se tendre et la strangulation se produire par suite de la résistance du placenta.

La grande majorité des médecins-légistes adoptent l'opinion de Tardieu et considèrent l'explication de Devergie comme très ingénieuse mais comme ne correspondant pas à la réalité. Dans l'observation suivante, l'infanticide par strangulation à l'aide du cordon était de toute évidence, par la disposition spéciale de ce dernier formant un nœud simple autour du cou, cependant la défense tirant habilement parti des divergences qui existent sur ce point délicat a pu mettre un doute dans l'esprit du jury et amener l'acquittement de l'inculpée.

Observation. — Le 15 mai 1899, nous sommes requis à l'effet d'examiner et autopsier le cadavre d'un enfant nouveau-né trouvé dans l'église de la mission de France, rue Tapis-Vert.

A. *Examen.* Le corps est celui d'un enfant nouveau-né du sexe masculin. Il mesure cinquante centimètres de long.

Les diamètres occipito-frontal et bipariétal mesurent respectivement 108 et 90 millimètres.

La rigidité cadavérique a disparu. Il existe un état de putréfaction assez marqué, l'épiderme se détache au moindre contact par larges lambeaux et toute la peau présente une coloration verte plus accentuée au niveau de l'abdomen. La face est boursoufflée et les lèvres sont violacées.

Il existe des ecchymoses conjonctivales.

Le cordon très aminci et desséché (5 millim. de diamètre), part de l'ombilic remonte sur le côté droit du cou, fait un premier tour et le chef libre, passant sur la nuque au-dessous de ce premier tour de manière à *former un nœud simple*, vient se perdre sur l'épaule gauche. Son extrémité est effilochée, villamenteuse. Il ne porte sur son trajet aucune ligature. Au niveau du cou il s'enfonce profondément dans les chairs et le sillon formé présente une teinte blanche légèrement parcheminée.

La longueur du cordon dénoué est de 65 centimètres.

Le corps ne porte pas d'autres traces de violences.

1° *Cou.* Il existe des extravasations sanguines étendues dans le tissu cellulaire et les muscles. Le sillon horizontal passe sur le cartilage cricoïde. La muqueuse de la trachée présente une coloration d'un rouge-vineux.

2° *Poumon*. Les poumons très dilatés remplissent la cavité thoracique. Leur couleur est rouge-brun avec zones claires.

Détachés avec la trachée et le cœur et plongés dans un récipient plein d'eau ils surnagent. Fragmentés, ils surnagent également et la pression sous l'eau des fragments fait échapper à la surface de fines bulles de gaz, lequel ne peut être que de l'air, la putréfaction n'ayant pas gagné les organes profonds.

3° *Cœur*. Contient des caillots cruoriques.

4° *Estomac*. Renferme un liquide muqueux légèrement trouble et peu abondant.

5° *Crâne*. Pas de fractures des os du crâne. Les vaisseaux des méninges sont gorgés de sang. La substance cérébrale présente aussi du piqueté hémorrhagique.

Le cloisonnement des alvéoles dentaires du maxillaire inférieur est manifeste.

6° *Intestin*. Contient une grande quantité de méconium.

7° *Fémur*. On constate l'existence du point d'ossification de l'extrémité inférieure.

Conclusions. Le corps est celui d'un enfant nouveau-né du sexe masculin parvenu au terme normal de la gestation.

Il est né viable et a respiré. En raison du début de la putréfaction, la mort remonte à deux jours au moins et huit jours au plus; elle est due à l'asphyxie par strangulation à l'aide du cordon, lequel a été arraché du placenta et n'a pas été lié. L'enroulement du cordon formant un nœud simple autour du cou ne peut être dû dans le cas présent qu'à une manœuvre criminelle effectuée peu de temps après la naissance.

Près d'un mois après le dépôt de notre rapport, la nommée X... âgée de 30 ans, modiste, rue des Enfants-Abandonnés est arrêtée. Les voisins ayant vu disparaître subitement son état de grossesse avancée, sans que l'existence d'un enfant en donnât l'explication, l'avaient dénoncée à la justice.

X., entre dans la voie des aveux dès son premier interrogatoire.

Elle est secondipare et le premier enfant est décédé à l'âge de quatre mois. Dans son récent accouchement l'enfant, dit-elle, est venu au monde sans faire de mouvements. Elle a arraché le cordon du placenta et l'a enroulé machinalement autour du cou sans savoir au juste ce qu'elle fais' Elle a gardé ensuite le cadavre pendant cinq jours dans sa cha re, puis incommodée par l'odeur elle est allé le déposer dans l'église de la Mission de France.

Ces déclarations concordaient entièrement avec les conclu-

sions de l'expertise. Mais en cour d'assises X., sur les conseils de son avocat, revient sur ses aveux qu'elle a cependant signés après lecture.

Elle déclare qu'elle n'a jamais avoué avoir enroulé le cordon autour du cou ; l'enfant est venu au monde tel qu'il nous a été soumis et la défense s'appuyant sur l'opinion de Devergie a pu obtenir l'acquittement de X., qui avait fait il est vrai six mois de prison préventive.

Cette observation est curieuse par la particularité de l'enroulement du cordon autour du cou avec formation d'un nœud simple. Nos recherches ne nous ont pas permis de retrouver un fait semblable ; et d'ailleurs depuis Tardieu, il n'a été publié, croyons-nous, aucune observation d'infanticide par strangulation à l'aide du cordon.

Brouardel, dans son livre récent sur « l'*Infanticide* » n'en signale aucun cas nouveau. C'est bien là le mode d'infanticide le plus rare. On ne saurait penser dans le cas précédent à une disposition naturelle du cordon et il ne pouvait exister le moindre doute sur la manœuvre criminelle ayant amené la mort de l'enfant et que l'accusée avait tout d'abord avouée.

Nous ne pouvons que constater encore une fois l'extrême indulgence du jury dans les affaires de suppression d'enfant et d'infanticide. (*Société de médecine légale de France.*)

L'ASSISTANCE MATERNELLE A DOMICILE.

Le Dr Pecker, de Maules, nous a fait part dernièrement d'un travail fort intéressant sur l'assistance maternelle à domicile (1).

L'association des Dames mauloises, fondée sur son initiative et dans ce but, secourt la femme enceinte matériellement au moins un mois avant son accouchement.

Grâce à des dames associées — gardes de bonne volonté celles-ci — enseignées par les médecins, les femmes enceintes sont préparées selon l'hygiène et l'antisepsie. Un ouvroir prête les objets nécessaires à l'accouchement et donne une layette pour l'enfant. L'accouchée continue à être secourue et visitée durant un mois s'il est besoin, l'Association fournit même au nécessaire des garde-malades professionnelles et payées.

L'analogue de cette œuvre, qui a déjà reçu de nombreux et con-

(1) Communication à la Société médico-chirurgicale de Paris.

sidérables encouragements, fonctionne au Havre et à Saint-Rambert.

Du reste, il y a lieu, car le Dr Pecker estime à 260.000 le nombre des femmes qui, en France, devraient être ainsi secourues par devoir national de puériculture contre la dépopulation. La charge, selon lui, monterait à 35 millions environ.

Comme conclusion, notre confrère demande à la Société médico-chirurgicale de vouloir bien émettre le vœu suivant :

« La Société médico-chirurgicale, considérant que l'Association des Dames Mauloises et les œuvres fondées à son instar, à Saint-Rambert (Rhône), et au Havre, sont seules capables d'assurer le plein fonctionnement de la loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite. en ce qui concerne les femmes en couches, estime que les Conseils généraux doivent réaliser ce progrès en matière d'assistance maternelle à domicile, progrès inauguré pour les œuvres sus-mentionnées, et qu'assurant ainsi le fonctionnement de la loi du 15 juillet 1893, ils contribueront à la prospérité de la puériculture nationale.

A cette occasion je voudrais vous présenter quelques observations.

*
* *

Vous savez comment fonctionne l'assistance publique pour la femme enceinte ou accouchée, presque uniquement au point de vue des soins médicaux et pharmaceutiques. Le maigre secours d'argent qu'elle alloue aux mères et les louables efforts de quelques sociétés *charitables*, comme l'Allaitement maternel, les refuges, ou *mutualistes*, comme l'Avenir, sont notoirement insuffisants.

Le secours aux femmes enceintes à Paris fonctionne de la manière suivante :

Pour la femme enceinte.

Malade, l'hôpital. *Valide*, l'Asile hospitalier, ou le secours du Bureau de bienfaisance.

Pour l'accouchée.

A. *Qui allaite son enfant.* — Un secours de 20 francs (moyenne), une fois donné, pris sur la fondation Monthyon.

Plus un secours mensuel de 15 à 30 francs, suivant les cas, pendant es 6 ou 7 premiers mois de nourriture, dont la moitié est payée par l'Assistance publique et l'autre moitié par le département auquel incombe le service des enfants assistés. Il est à remarquer que ceci ne peut être appliqué au général et que ces secours sont forcément bornés aux situations les plus malheureuses à cause des fonds trop limités.

B. *Si l'enfant est mis en nourrice.* — Soit parce que la mère n'a pas de lait, soit parce que sa situation l'empêche de nourrir, l'Assistance publique donne 35 fr., une fois donnés pour faciliter le placement ; sauf

vis-à-vis des bonnes dont la condition paraît plus favorable à ce point de vue.

Ensuite la mère peut demander un secours mensuel – si elle est mariée — au Bureau de bienfaisance de son arrondissement. Il est à remarquer à ce point de vue qu'en raison de leurs ressources particulières et des largesses de leurs habitants, certains arrondissements, le 8e par exemple, lequel est d'ailleurs proportionnellement riche de dons et de legs particuliers, peuvent se montrer beaucoup plus larges que d'autres où le nombre des femmes à secourir est cependant beaucoup plus élevé.

On peut donc dire que relativement au secours et à la préparation hygiénique de la femme pauvre vis-à-vis de l'accouchement, presque tout est à faire : l'initiative du Dr Pecker vient donc à son heure.

Il y a cependant un correctif, car il est évident que bien des logements, bien des installations sont insuffisantes ; qu'il y a dans ces conditions avantage à ne pas laisser la femme accoucher chez elle, dans son intérêt et dans celui de son enfant.

Il faut alors :

L'asile avant l'accouchement.

L'hôpital pendant les couches et les suites.

Mais l'hôpital et l'asile pour la mère, c'est le dépôt pour les enfants aînés ou tout au moins c'est la famille désorganisée ; l'hôpital est « *briseur de familles* ».

D'autre part nous connaissons bien tous l'influence du moral sur la maladie ; la tranquillité de la femme sera souvent plus grande au milieu des siens que dans une salle d'hôpital ; c'est ce qui explique, pour une part, l'éloignement instinctif populaire vis-à-vis de l'hôpital. Grâce aux soins meilleurs et à la mortalité moindre, ce sentiment, il faut le reconnaître, diminue ; il subsiste encore cependant, justifié, ce semble, dans une certaine mesure.

*
* *

L'assistance maternelle *privée* (je dis privée et j'insiste sur le mot privé, car l'étatisation lui ferait bientôt perdre ce considérable avantage) aurait encore l'utilité par le contact et l'enseignement mutuel, de développer l'idée de solidarité, d'entr'aide, si importante au point de vue social, si différente de la dédaigneuse charité, sorte de passe-temps mondain dont les aumônes abaissent qui les donne et dégradent qui les reçoit. Considérez par exemple la clientèle professionnelle des dispensaires privés.

Officialiser l'assistance maternelle mutuelle serait encore, au moins pour l'instant, lui rendre un mauvais service, car l'État n'a

pas d'argent et 35 nouveaux millions ne seraient certes pas commodes à trouver dans un budget déjà très lourd et très obéré.

J'aperçois aussi une difficulté à vouloir uniformiser ce type d'assistance, dont le caractère doit varier selon les régions. Il est certain, par exemple, que les habitudes sont toutes différentes dans le Nord et au Midi, nous venons d'en avoir une démonstration topique à propos des courses de taureaux d'Enghien.

Enfin, l'administration, il faut le reconnaître, a perdu notre confiance en nous opprimant à force de se montrer tutélaire ; son lierre parasite, envahi lui-même par la mousse, enserre jusqu'à l'étouffer, l'antique chêne des Gaules.

Que l'assistance maternelle reste donc mutuelle et privée. Certes elle est digne d'être encouragée par des subventions et même par des décorations, puisque ce dernier mobile est primordial chez nous ; je suis convaincu d'ailleurs que les appuis ne lui manqueront pas.

*
* *

Je regrette que notre président le Dr Bouloumié, le si dévoué Secrétaire général des Femmes de France ne soit pas ici, car j'aurais été heureux d'avoir son avis.

Nous connaissons tous les associations diverses qui constituent la Croix-Rouge Française, dont le but est de secourir les blessés de terre et de mer.

A mesure que croissent ces associations nous devenons de moins en moins belliqueux et semblons assagis. Il est certain que nos quelques expéditions coloniales qui deviennent de moins en moins populaires et probables en raison de la dépopulation sont insuffisantes à exercer l'activité de ces puissantes sociétés. Leurs envois n'ont pas du reste toujours, à ce que racontent les journaux, l'emploi ni le sort qu'ils méritent ; enfin, si on rappelle, sans comparaison, ce qui a été écrit pour la guerre du Transvaal des dames anglaises de sociétés analogues, il semble que leurs secours sont parfois novices, malappris, et partout trop zélés.

D'autre part, n'est-il pas à craindre que les rouages si délicats et multipliés de ces utiles collectivités ne se rouillent par la paix, que leurs riches approvisionnement ne se détériorent inutilement ? et le meilleur pour le bon entretien de cette puissante machine ne serait-il pas de l'usager dans le civil ?

L'Assistance maternelle à domicile, et, d'une façon plus générale, l'assistance privée à domicile, offrent ainsi un magnifique champ d'expériences *pratiques* et d'entraînement.

C'est sur cette considération que je terminerai en proposant à la Société médico-chirurgicale les conclusions suivantes :

*
* *

La Société médico-chirurgicale approuve le principe de l'assistance maternelle privée à domicile et félicite le Dr Pecker, fondateur de l'Association des dames Mauloises.

Elle recommande son œuvre et les analogues à la sollicitude des pouvoirs publics, au titre de moyens de défense nationale contre la dépopulation et comme manifestation très louable de solidarité sociale et d'enseignement mutuel.

Elle signale enfin l'assistance maternelle privée à domicile comme un magnifique champ d'action presque encore inexploré à toutes les associations de secours et particulièrement à la Croix-Rouge française. Paul Berthod.

GYNÉCOLOGIE

LA STÉRILITÉ ET SON TRAITEMENT (1)

(*Suite et fin.*)

Traitement. — Le traitement consiste évidemment à faire disparaître les causes. Parmi celles-ci, les unes sont incurables, les autres justiciables d'un traitement. C'est ainsi qu'on appliquera un traitement approprié au vaginisme, à l'atrésie vaginale ou utérine, etc.

Dans l'allongement conoïde, Sims a conseillé soit l'amputation partielle du col, soit l'incision bilatérale ; mais il faut toujours essayer la dilatation avant d'avoir recours aux procédés chirurgicaux.

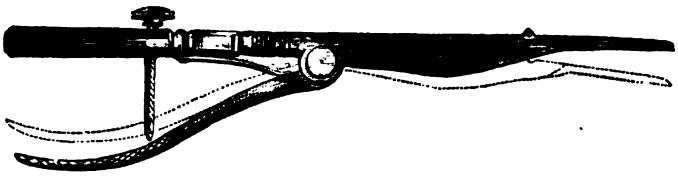


Fig. 10. Métrotome de James Simpson. La ligne ponctuée représente la lame quand l'instrument fonctionne.

L'*incision bilatérale* a été fort employée autrefois ; elle nous a donné de bons résultats. Elle est souvent désignée sous le nom *d'opéra-*

(1) Chapitre extrait du *Manuel complet de Gynécologie médicale et chirurgicale*, par le Dr A. Lutaud, nouvelle édition (4e) entièrement refondue, un vol. in-8e de 750 pages. Maloine, éditeur, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

tion de Sims. Voici comment le chirurgien américain en a donné la technique.

Stérilité. — Opération de Sims. — La femme étant placée dans la décubitus et le speculum de Sims introduit, le chirurgien saisit la lèvre antérieure du col avec une pince-tenaculum et la maintient fermement. Il introduit ensuite une des lames d'une paire de ciseaux dans le canal cervical assez profondément pour que l'autre lame vienne presque toucher le point d'insertion du vagin sur le col, et il divise ainsi d'un seul coup la portion embrassée entre les deux branches des ciseaux. On pratique de la même façon la section du côté opposé.

Fig. 11. Aspect du col après l'opération de Sims.

Pendant que l'utérus est encore fixé par la pince-tenaculum, on étanche le sang avec une éponge et on passe ensuite le bistouri emmanché sur un angle convenable pour diviser de chaque côté la portion des tissus que les ciseaux ont épargnée par en haut vers la cavité utérine.

Dans des cas où il existe une rétroflexion prononcée à laquelle on attribue la stérilité et la dysménorrhée, Sims incisait la partie postérieure du col de façon à enlever une portion des tissus et à élargir le canal. Cette opération diffère de la précédente en ce sens que l'incision porte sur une plus grande étendue du col. C'est une sorte d'amputation partielle.

Traitement de l'atrésie utérine. — Le traitement de l'atrésie utérine et de la sténose du col est essentiellement opératoire. On peut diviser ce traitement en deux parties : 1° la *dilatation* ; 2° la *discision.*

La *dilatation* s'obtient soit avec des tiges dilatatrices augmentant graduellement de volume, soit avec des instruments.

Traitement de la sténose par la discision. — La discision se pratique avec le métrotome à lame cachée de Simpson (fig. 10), ou, plus simplement, avec le bistouri ordinaire ou des ciseaux coudés. Kuchenmeister a proposé des ciseaux spéciaux dont une des pointes est disposée de façon à pénétrer facilement dans le col (fig. 12).

Quel que soit l'instrument employé, il faut au préalable obtenir un degré de dilatation suffisant pour introduire soit le métrotome, soit la pointe des ciseaux de Kuchenmeister. On introduira d'abord une tige de laminaire en se conformant aux instructions que nous avons données à propos de la dilatation.

Le métrotome est double ou simple. Lorsqu'il faut inciser largement, il faut choisir un métrotome double.

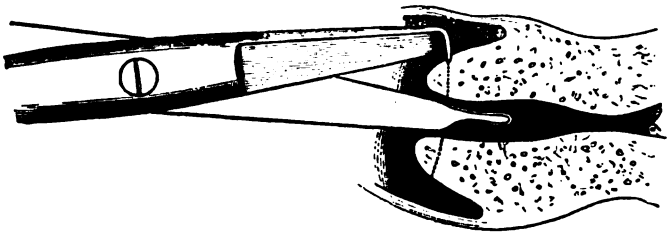


Fig. 12. Discission du col avec les ciseaux de Kuchenmeister.

Le *manuel opératoire* est fort simple ; il consiste à introduire la tige à la profondeur voulue (de 2 à 3 centimètres) et à faire saillir la lame en retirant l'instrument. L'aspect de l'incision faite avec le métrotome double est représenté dans la fig. 13.

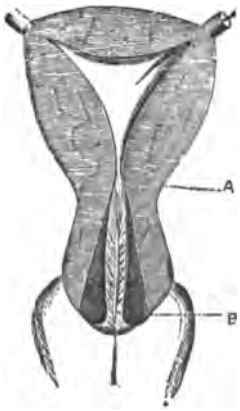


Fig. 13. Incision faite avec le métrotome.
A. Orifice interne ; la partie ombrée en B représente l'étendue de l'incision.

On a critiqué le métrotome à lame cachée. Cet instrument, a-t-on dit, coupe brutalement les tissus. L'habileté manuelle de l'opérateur est remplacée par l'action mécanique de l'instrument. On peut produire des désordres étendus et même pénétrer dans le péritoine. On expose les malades aux accidents septiques.

Tels sont les reproches adressés au métrotome. Nous ne les croyons pas fondés, avec cette restriction toutefois, que cet *instrument ne doit être employé que pour faire disparaître la sténose de l'orifice externe.* On a construit des métrotomes dont la gaine allongée permettait de pénétrer au delà de l'orifice interne et d'en pratiquer la section. Un tel instrument peut être dangereux, et doit être proscrit.

La *discision* avec des ciseaux ne présente aucune particularité spéciale. Nous avons dit qué les ciseaux de Kuchenmeister présentaient cet avantage que le crochet de la lame externe saisissait le col et s'opposait à son glissement après la section.

Soins consécutifs. — Quel que soit l'instrument employé pour pratiquer la discision, la malade doit être l'objet de soins consécutifs qui présentent quelque importance.

Aussitôt après l'incision, nous conseillons de pratiquer le tamponnement de la cavité incisée avec de petits tampons iodoformés qu'on laisse en place vingt-quatre ou quarante-huit heures. Marion Sims a conseillé d'appliquer un petit tube de verre dans la cavité cervicale.

Traitement opératoire des fausses routes vaginales. — Tous les auteurs ont remarqué chez les femmes stériles une modification des culs-de-sac qui sont généralement très profonds et constituent une sorte de vagin accessoire dans lequel pénètre le membre viril.

Cette disposition spéciale, désignée par Pajot sous le nom de *fausse route vaginale* est extrêmement fréquente chez les femmes stériles ; je l'ai notée quatre-vingt-neuf fois sur cent femmes soumises à mon examen. Elle siège neuf fois sur dix dans le cul-de-sac postérieur et coïncide presque toujours avec une antéflexion très prononcée.

Cette malformation ne fait qu'augmenter avec le temps à la suite des rapports sexuels frustes ; le membre viril pénètre dans ce vagin artificiel qui devient de plus en plus profond.

Le traitement de cette disposition est essentiellement chirurgical et consiste dans la *colporraphie postérieure.*

Appliquée au traitement de la stérilité la colporraphie doit subir d'importantes modifications. Pour réduire le cul-de-sac postérieur, on fera l'avivement dans la partie supérieure et postérieure du vagin.

M. Doléris a fort bien décrit le manuel opératoire des colporraphies appliquées au traitement de la stérilité ; voici sa technique opératoire :

1° *Colporraphie præcervicale.* — La surface d'avivement affecte une

forme triangulaire et la base du triangle répond à l'angle de flexion du vagin sur le col. Cette base est transversale et doit mesurer de 5 à 6 centimètres.

Les côtés latéraux du triangle ont une longueur équivalente et le sommet aboutit en un point de la colonne antérieure du vagin répondant à peu près à la portion moyenne, suivant le degré de cystocèle existante. De toute façon la partie affaiblie et flottante de la paroi vésico-vaginale est occupée par le triangle d'avivement.

Les sutures doivent être placées d'une façon toute spéciale. La plaie ayant presque la forme d'une étoile à trois branches, les côtés de chacune des branches doivent être suturés deux à deux, de sorte qu'une fois l'affrontement terminé, il existe trois lignes de sutures dessinant alors effectivement une véritable étoile à trois branches linéaires : le centre de l'étoile est assujetti par une suture circulaire, c'est-à-dire que le fil traverse la crête de trois lignes de sutures et circonscrit le centre à quelques millimètres de distance, on serre ce fil qui affronte exactement le centre de l'étoile à la façon des cordons d'une bourse.

2° *Colporraphie rétro-cervicale.* — Cette opération, destinée à réduire la fausse route vaginale (de beaucoup la plus fréquente) se pratique de la même façon avec cette différence que l'avivement triangulaire est faite sur la paroi vaginale postérieure.

L'utérus est attiré en haut à l'aide d'une pince à griffes ; la paroi vaginale postérieure est étalée en introduisant un ou deux doigts dans le rectum ; l'avivement aura la forme d'un triangle dont la base sera adossée au col utérin et la pointe tournée vers l'anus.

Voici, d'après Doléris, les avantages que présente la colporraphie rétro-cervicale appliquée à la stérilité :

« Diminution du cul-de-sac postérieur. Le fornix vaginal deviendra moins ample. Les fausses routes disparaîtront et le vagin recalibré aura une disposition favorable à la conception en ce que, rétréci à sa terminaison, il engainera étroitement le col utérin ;

« Le col utérin sera rapproché du sacrum. Cette opération aide ainsi, pour sa part, à la guérison de l'antéflexion. La sangle créée par la colporraphie prœcervicale soutient en avant le corps de l'utérus, tandis que le col est tiré en arrière par suite du rétrécissement que l'on a fait subir au cul-de-sac postérieur. Il en résulte que l'utérus demeurera rectiligne avec plus de facilité. »

FÉCONDATION ARTIFICIELLE

Enfin, quand toutes les méthodes de traitement que nous venons de décrire ont échoué, on peut conseiller la fécondation artificielle. Les succès obtenus par cette opération sont très restreints, mais elle présente du moins l'avantage d'une innocuité absolue.

Ce fut un naturaliste célèbre, l'abbé Spallanzani, qui, en 1767, fit sur la fécondation artificielle, les mémorables expériences qui illus-

trèrent son nom. Cet expérimentateur réussit à féconder artificiellement plusieurs mammifères, notamment une chienne.

Les premières observations de fécondation artificielle réellement authentiques, sont celles du Dr Girault. Une opération a été pratiquée avec succès par Sims, en 1866.

Mais la fécondation était resté bannie de la science et la plupart des maîtres l'avaient condamnée comme attentatoire à la pudeur ; lorsque parut le livre de Courty, dans lequel l'auteur indiquait un procédé opératoire. Le professeur Pajot lui-même, qui avait condamné la fécondation artificielle en 1867, n'a pas craint plus tard de l'appuyer de son autorité. Il la considérait comme applicable à certains cas, après que tous les autres moyens rationnels de traitement ont échoué, et a proposé pour cette opération un instrument spécial, le *fécondateur*.

Indications et contre indications de la fécondation artificielle. — Nous nous rangeons évidemment à l'avis de Pajot, qui n'acceptait la fécondation artificielle que lorsque toutes les autres méthodes rationnelles de traitement ont échoué. C'est là un point fondamental. Mais on peut se demander cependant s'il ne convient pas d'essayer la fécondation artificielle, opération toujours inoffensive, avant de recourir aux mesures chirurgicales, telles que l'amputation du col, qui font toujours courir aux malades quelques risques.

Il va sans dire que la fécondation artificielle ne doit pas être pratiquée après la ménopause, ni chez les femmes atteintes d'une aménorrhée précoce et non accompagnée de la poussée inflammatoire qui indique l'existence du molimen menstruel. Elle est également contre-indiquée dans le rétrécissement du bassin, dans le cas d'atrophie de l'utérus et lorsque la stérilité reconnaît pour cause un vice de conformation irrémédiable des organes génitaux.

Il est une autre contre-indication formelle, sur laquelle nous appelons toute l'attention des praticiens, c'est l'existence d'une pelvipéritonite chronique. Non seulement l'opération aurait peu de chances de succès, car dans ces cas la stérilité est le plus souvent due à une oblitération des trompes résultant d'adhérences, mais elle pourrait encore donner lieu à des complications inflammatoires plus ou moins graves.

En somme, pour être autorisé à pratiquer la fécondation artificielle, il faut :

1° Que toutes les autres méthodes rationnelles de traitement aient échoué ;

2° Que la menstruation existe ou que des symptômes manifestes indiquent l'existence du molimen menstruel ;

3° Qu'il n'y ait aucun vice de conformation irrémédiable du bassin ou des organes génitaux s'opposant soit à la conception, soit à l'accouchement ;

4° Qu'il n'y ait chez les conjoints aucune diathèse cancéreuse ou tuberculeuse ;

5° Qu'il n'existe aucune affection inflammatoire de l'utérus et de ses annexes et du péritoine, au moment de l'opération ;

6° Que la présence des spermatozoïdes ait été constatée.

Opération. — Les recherches modernes, physiologiques et pratiques, tendent à prouver que la fécondation se fait plus souvent après la disparition de l'écoulement menstruel. Ces données doivent donc nous conduire à pratiquer la fécondation pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'apparition des règles. Cette pratique est d'autant plus rationnelle que, si la conception n'a pas lieu et si l'écoulement menstruel se produit on est alors autorisé à renouveler la tentative de fécondation dans la semaine qui suit la cessation des règles.

Procédé de Sims. — Cet auteur fait une injection de sperme dans la cavité utérine, au moyen d'une petite seringue en verre terminée par un tube offrant une courbure analogue à celle de l'hystéromètre de Huguier.

La seringue, préalablement plongée dans de l'eau à 36° et 37° est maintenue à cette température jusqu'au moment de l'opération. La sonde de verre est alors introduite dans le vagin où on la laisse environ une minute de façon à la mettre en équilibre de température avec ce conduit. Cette précaution une fois prise, on aspire le sperme préalablement déposé dans le vagin par le coït ; puis l'extrémité du tube, guidée au moyen de l'indicateur gauche placé au contact du col, est introduite dans cet organe où on la fait pénétrer à environ trois centimètres. Il ne faut pas injecter plus d'une goutte de sperme. La tige est graduée de façon à ce que l'opérateur puisse se rendre compte de la profondeur à laquelle il l'introduit et de la quantité de liquide injecté.

Procédé de Courty. — Il ne diffère du précédent que par le moyen dont on doit se procurer le sperme. « On revêtira, dit cet auteur, le membre viril d'un condom en ayant soin de ne pas en appliquer complètement le cæcum sur le gland. Le coït étant terminé, le produit de l'éjaculation reste dans le cæcum ; par un coup de ciseaux donné à la baudruche, on l'en fera sortir et on le recueillera dans une seringue de verre préalablement chauffée a 40° et munie d'une sonde utérine métallique ou élastique qu'on fera ensuite pénétrer dans la cavité utérine. On prescrira à la femme le repos complet pendant une journée. »

Procédé de Pajot. — Dans ce procédé, le sperme est injecté au moyen d'un instrument spécial qu'on désigne sous le nom de *fécondateur*, et qui est formé de deux valves métalliques qui glissent l'une sur l'autre, de façon à former un tube dans lequel se meut un piston.

Pajot employait également un appareil très simple, qui se compose d'une simple poire de caoutchouc munie d'un tube qui permet de recueillir par aspiration le sperme dans le vagin et de l'injecter ensuite dans l'utérus. Je reproche à ce procédé d'introduire une trop grande quantité de sperme dans l'utérus.

Procédé plus simple. — J'ai obtenu quelques succès en procédant plus simplement.

Je laisse le mari pratiquer le coït normal. Le sperme est ainsi déposé dans le vagin et la femme maintenue au lit. J'introduis un spéculum de Fergusson qui collecte le bol spermatique et le ramène près du col. J'en aspire alors quelques gouttes avec la canule de verre de Sims que j'injecte dans la cavité utérine.

Ce procédé a l'avantage de permettre le coït normal sans que le mari soit inquiété par le voisinage du médecin.

Le sperme est déposé dans le vagin où il peut séjourner sans perdre ses qualités essentielles, j'ai obtenu un succès dans un cas où l'intervention a eu lieu quatre heures après le coït.

Combien de fois doit-on tenter la fécondation artificielle? — Nous avons déjà dit qu'il était préférable de pratiquer l'injection spermatique intra-utérine pendant les trois ou quatre jours qui précèdent les règles ; si l'apparition de la menstruation indique un insuccès, on recommencera l'opération pendant la semaine qui suit. On pourra ainsi renouveler les tentatives pendant cinq ou six époques menstruelles ; mais si l'on n'a pas obtenu de résultat au bout de ce temps, il nous paraît inutile de faire de nouveaux essais.

En somme, la fécondation artificielle constitue un moyen pratique et inoffensif de remédier à certaines variétés de stérilité, et il y a tout lieu d'espérer qu'elle prendra rapidement la place qu'elle mérite dans la pratique gynécologique. Ajoutons que les procédés opératoires rendent cette opération parfaitement compatible avec la dignité du médecin et la pudeur de la femme.

Dr Lutaud.

PÉDIATRIE

M. Ausset : NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA SÉMÉIOLOGIE INFANTILE (1).

A partir d'un certain âge, vers la deuxième année environ, la respiration infantile possède un caractère tout particulier auquel on a donné le nom de respiration puérile ; vous entendez alors une respiration sonore, très bruyante, presque soufflée, intensité de bruit

(1) Paris, 1900, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1 vol. in-8° de 452 p.

qui tient justement à ce que, à cette époque, les cellules aériennes se développent dans toute leur ampleur.

Mais cette respiration puérile n'existe pas au-dessous de cet âge, et Bouchut a parfaitement démontré que chez le nouveau-né et l'enfant à la mamelle, la respiration n'est ni sonore ni bruyante. Au contraire, elle est plus moelleuse, plus douce, bien moins intense que chez l'adulte, justement pour la raison que je vous disais tout à l'heure, à savoir que dans la première enfance le poumon est très dense et se laisse difficilement distendre par l'air.

Maintenant que vous connaissez le mécanisme producteur de la respiration puérile et la cause du peu d'intensité du bruit respiratoire chez les enfants à la mamelle, vous saisirez bien vite quelles doivent être les particularités de résonance qu'on constate chez eux.

Chez les jeunes enfants vous trouverez un thorax peu sonore, très retentissant au contraire dans la seconde enfance. Mais il importe que vous sachiez bien que ce sont là des données générales, ne possédant qu'une médiocre précision, car la percussion, chez les enfants, donne des résultats très variables d'un moment à l'autre, même en l'état de santé ; ainsi, pour ne vous citer qu'un exemple de cette variabilité, pendant l'inspiration le son est plus clair que pendant l'expiration ; chez l'enfant qui s'agite et qui crie ce phénomène est très accentué. Je n'ai pas besoin d'insister, pour que vous saisissiez le pourquoi de ces différences.

A cause de ces variations, dont résultent fatalement des renseignements peu précis pour le diagnostic, je vous conseille de ne pas vous fier outre mesure à la percussion, d'autant qu'elle incommode l'enfant, peut le faire crier, le rendre indocile, et rendre ainsi votre tâche plus ardue.

Je n'ai pas besoin de vous dire que chez les enfants d'un certain âge l'auscultation de la voix et les vibrations thoraciques ne peuvent être examinées.

En possession de ces données vous allez maintenant mieux comprendre quelles sont les modifications que la maladie peut y apporter.

Dans les affections du cerveau et des méninges la respiration se ralentit et peut même devenir intermittente, incomplète ; c'est la respiration suspirieuse, respiration cérébrale par excellence, et qui est toujours un signe d'une très haute gravité.

Si vous avez affaire à une affection aiguë du poumon, pneumonie ou broncho-pneumonie, vous voyez la respiration prendre des caractères si nets que parfois ils suffisent à faire le diagnostic. Je vous ai parlé au début de cette leçon de la respiration pneumonique ou expiratrice ; c'est à elle que je fais allusion en ce moment, je n'y reviens pas.

Je vous disais tout à l'heure que la respiration chez les enfants est surtout abdominale. Vous comprenez donc que les affections des

organes abdominaux, et particulièrement du péritoine, doivent influer beaucoup sur cette respiration. Dans les péritonites, vous voyez, en effet, la respiration devenir très courte, incomplète, comme saccadée ; l'enfant ne va pas jusqu'au bout de son inspiration justement à cause de la douleur que lui causerait une trop grande ampliation de son abdomen. Mais, comme dans ces conditions l'hématose finit par s'accomplir d'une façon défectueuse, le besoin de respirer devient à un moment donné plus puissant que la douleur, et vous constatez que votre petit malade fait de temps à autre une inspiration très lente et très profonde.

A l'état pathologique, vous observerez, comme chez l'adulte, des modifications dans le bruit vésiculaire, altérations d'intensité, de rythme et de caractère.

Si vous constatez que, d'un seul côté, le murmure vésiculaire est affaibli, c'est qu'il y a épanchement pleurétique ou tuberculose pulmonaire ; quand cet affaiblissement est bilatéral, il est dû à un épanchement double ou à une broncho-pneumonie, parce que, dans ce dernier cas, la circulation de l'air dans les bronches se trouve entravée par les mucosités.

Le souffle bronchique est, d'après Roger, le phénomène stéthoscopique qui a le plus d'importance chez les enfants ; il possède un timbre élevé et métallique ; c'est un bruit très rapproché de l'oreille et souvent unilatéral, ce qui le différencie d'avec les bruits œsophagiens ; vous l'observerez dans les épanchements pleuraux, dans l'infiltration tuberculeuse, mais surtout dans la pneumonie et la broncho-pneumonie, et, en général, dans les affections qui amènent une condensation du tissu pulmonaire.

Quant aux râles ronflants, sibilants, ils ont à peu près la même signification que chez l'adulte, et je ne vois pas l'utilité d'y insister.

Les râles crépitants, sous-crépitants, bulleux n'ont pas une valeur séméiologique aussi nette que chez l'adulte ; ainsi le râle crépitant s'observe aussi bien dans la bronchite capillaire que dans la pneumonie. Dans la broncho-pneumonie vous entendrez souvent des bruits complexes dans lesquels les différentes espèces de râles humides, râles muqueux, râles sous-crépitants à bulles grosses, moyennes ou fines, sont mélangés à des râles vésiculaires et n'ont plus aucune signification précise.

J'arrive maintenant, Messieurs, à l'examen de l'appareil circulatoire.

Et d'abord, je dois vous mettre en garde contre la pénurie de travaux parus sur les maladies du cœur chez l'enfant. Il semble que les auteurs aient négligé cette partie de la clinique infantile, peut-être parce qu'ils croyaient à la similitude de cet endroit de la pathologie entre l'adulte et l'enfant. Je ne trouve guère que le traité de Gerhardt, les remarquables leçons de Cadet de Gassicourt, et enfin le traité de Weill, de Lyon, qui aient consacré aux cardiopathies in-

fantiles toute la part qu'elles méritent ; je vous conseille de lire surtout ces deux derniers ouvrages, vous en retirerez grand profit.

Lorsque vous examinerez des enfants atteints d'affections du cœur, vous pourrez vous convaincre de visu que non seulement l'enfant est soumis sur ce point aux mêmes causes morbigènes que l'adulte, mais encore que le cœur malade se comporte d'une façon toute particulière chez l'enfant.

Vous comprenez bien que cette physionomie toute spéciale tient justement à la constitution anatomique et physiologique du cœur de l'enfant, à la résistance considérable de son myocarde, ce qui lui permet de lutter pendant un temps considérable contre un travail très exagéré. De plus, ce cœur et ces vaisseaux sont absolument neufs ; ils n'ont pas encore été soumis à toutes les intoxications, à toutes les infections qui nous assaillent au cours de notre existence ; la lutte sera donc très ardente contre le mal, et, si le cœur succombe, ce ne sera que bien tardivement, et après avoir épuisé toutes les ressources de sa défense.

D'autre part, à côté de cette résistance du myocarde, notez la susceptibilité toute particulière de l'endocarde et du péricarde qui, lorsqu'ils sont atteints le sont bien plus sérieusement que chez l'adulte, et ne tardent pas à entraver l'action, pourtant si puissante, du myocarde.

Aussi peut-on dire avec M. Weill que « lorsqu'une affection du cœur est bénigne, elle est plus bénigne chez l'enfant que chez l'adulte ; lorsqu'elle est grave, elle est plus grave chez le premier que chez le second ».

Vous comprenez donc, Messieurs, qu'il importe d'examiner le cœur d'un enfant d'une façon toute aussi méthodique que celui d'un adulte, et de la même manière ; vous aurez simplement à vous rappeler que, chez les jeunes enfants, le cœur est volumineux, très rapproché de la paroi thoracique ; qu'en outre la cage thoracique est composée d'éléments peu denses, très souples, que les tissus cellulaire et musculaire y sont peu développés.

L'inspection de la région précordiale peut vous fournir des renseignements importants ; en effet, justement à cause de la souplesse de la paroi thoracique, l'hypertrophie cardiaque et la péricarde avec épanchement produiront bien plus facilement des *voussures*.

Vous constaterez aussi quelquefois des *ondulations* de la paroi et du *retrait* de la pointe ; mais cela n'a habituellement aucune valeur diagnostique et tient encore à la souplesse de la paroi thoracique et au peu d'espace qui la sépare du cœur.

Mais si vous constatez un *ébranlement très étendu* de la région précordiale, vous pourrez au contraire affirmer que le cœur est malade.

Par la palpation vous pourrez plus aisément limiter le siège de la pointe.

Dans l'enfance, jusqu'à l'âge de la puberté, le cœur bat dans le quatrième espace intercostal ; ce n'est qu'au moment de la puberté qu'il descend et va battre derrière la cinquième côte et même dans le cinquième espace intercostal. En dehors de ces limites, vous aurez le droit de soupçonner une cardiopathie.

Ainsi que Starck et Weil l'ont bien démontré, la pointe du cœur est beaucoup plus éloignée du sternum que chez l'adulte, justement encore à cause de la conformation de la cage thoracique ; ce n'est qu'à mesure que le thorax se développe dans son diamètre transverse aux dépens de l'antéro-postérieur que la pointe du cœur se rapproche de la ligne médiane.

Enfin la palpation vous permettra de reconnaître des frottements péricardiques, du frémissement cataire.

Par les raisons que je vous donnais tout à l'heure concernant le peu d'épaisseur et la souplesse de la paroi thoracique, vous comprenez bien que la percussion du cœur chez les enfants peut vous fournir de précieuses indications. Je n'insiste pas sur ce point ; la percussion se pratique comme chez l'adulte ; elle vous fournit les mêmes renseignements, avec ces deux différences que les renseignements sont plus précis et que la percussion doit être pratiquée d'une façon très douce sous peine de faire vibrer toutes les parties voisines, le poumon et même l'estomac et les intestins, ce qui, vous le comprenez, vous créerait bien des mécomptes.

L'auscultation du cœur, chez les enfants, n'est pas chose facile, car elle les effraie habituellement ; ils se mettent à crier, et les bruits sont, par suite, mal perçus ; de plus, comme les divers orifices sont très rapprochés les uns des autres, la localisation d'un souffle n'est pas toujours très aisée à établir.

Avant d'ausculter un enfant, il importe que vous vous rappeliez que, chez eux, la tension artérielle est bien plus basse que chez l'adulte ; par conséquent ne soyez donc pas surpris quand vous ausculterez l'orifice aortique de constater que le second bruit est plus faible que le premier, l'abaissement des sigmoïdes aortiques s'opérant avec peu d'énergie. Au contraire, vous devez considérer comme pathologique un second bruit aortique, même seulement claqué comme chez l'adulte. Cette exagération du second bruit aortique est très importante en clinique infantile ; elle se présente très fréquemment, se substituant au bruit de galop, et au souffle tricuspidien de l'adulte, traduisant habituellement, même tout seul, une gêne dans la circulation pulmonaire.

Il vous sera assez souvent donné d'observer des battements irréguliers du cœur chez les tout jeunes enfants ; mais n'allez pas conclure trop vite à une affection organique, car la moindre émotion est une cause fréquente, chez eux, d'une accélération et d'une altération dans le rythme cardiaque.

Je n'ai rien à vous dire des souffles et des dédoublements que vous pourrez entendre ; ils ne présentent rien de bien particulier, et vous

retrouverez ceux que vous êtes habitués à entendre chez l'adulte.

Je veux seulement vous signaler les souffles cardio-pulmonaires que vous serez appelés à constater assez fréquemment, bien décrits par Potain et J. Teissier. J'aurai l'occasion de revenir sur ce point intéressant de la pathologie infantile et de vous en donner quelques développements ; qu'il me suffise de vous dire aujourd'hui que le caractère de *variabilité* de ces souffles est encore plus marqué chez l'enfant que chez l'adulte et que chez lui le moindre cri, ou le moindre mouvement peut les faire disparaître ou les modifier ; une pression énergique avec le stéthoscope les fait disparaître, tandis qu'une pression d'intensité moyenne semble les augmenter. Enfin notez bien que ces souffles inorganiques ne s'observent habituellement que dans la seconde enfance, à partir de l'âge de 3 ou 4 ans.

Tels sont, Messieurs, les points particuliers de la séméiologie ininfantile sur lesquels je tenais aujourd'hui à attirer votre attention. J'espère que, lorsque vous serez bien pénétrés de ces quelques principes, le diagnostic souvent si ardu chez les enfants vous sera de beaucoup facilité ; j'en serai heureux, car c'est le seul but que j'ai voulu poursuivre.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

LE TRAITEMENT DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

(Dr Pauchet, d'Amiens.)

Le taxis n'est pas à tenter ; la plupart des morts survenues à la suite d'opérations ne reconnaissent d'autre cause que les manœuvres de réduction manuelle qui les ont précédées.

Le matériel opératoire est très simple. — Le praticien, constate-t-il une hernie étranglée ? Il doit immédiatement faire bouillir pendant une demi-heure : quelques litres d'eau, des mouchoirs, du fil et des aiguilles de couturières, des tampons de ouate et les instruments de sa trousse (bistouri, ciseaux, aiguille, pince à disséquer, 2 ou 3 pinces hémostatiques). Pendant ce temps il installe une table d'opération, et une autre table pour les cuvettes et les plats destinés aux instruments, tampons et mouchoirs. Le malade est rasé sur une très large étendue, puis brossé, savonné, désinfecté. Une vieille casquette inondée d'éther couvrant la figure de l'opéré va assurer l'anesthésie que le praticien pourra confier à un aide quelconque en suivant de l'oreille le ronflement sonore du patient.

1° *Incision de la peau et découverte du sac.* — Inciser la peau suivant l'axe de la hernie, en commencant au delà de celle-ci, sur la paroi du ventre. Couper jusqu'à ce qu'on découvre l'aponévrose abdominale, ainsi que l'orifice inguinal ou crural. Séparer de la peau la masse herniaire.

2° *Ouverture du sac.* — Celui-ci a l'aspect d'une tumeur violacée et tendue. Pour l'ouvrir, on fait usage d'une pince à disséquer et du bistouri. Ne couper qu'une faible épaisseur de tissus à la fois. De cette façon, on ne lèsera pas le contenu de la hernie. Dès que le sac est ouvert, un peu de liquide fait éruption. Cette incision est agrandie à l'aide des ciseaux, puis la cavité du sac est largement lavée à l'eau bouillie chaude.

3° *Débridement de l'anneau abdominal et du collet.* Jadis on débridait en aveugle, à l'aide d'un bistouri boutonné spécial (Cooper) que l'on glissait sur le doigt introduit dans l'anneau. Actuellement le débridement s'opère à ciel ouvert, de la superficie vers la profondeur avec la pointe du bistouri. S'il s'agit d'une hernie crurale, on incise l'anneau à sa partie interne au-dessous de l'arcade fémorale.

L'incision de l'orifice aponévrotique étant exécutée, l'étranglement disparaît le plus souvent. Si, à l'aide du doigt, on constatait que la striction persiste, il faudrait fendre le collet du sac. Une incision prolongeant l'ouverture de ce dernier vers la cavité abdominale réalise cet effet et l'agent d'étranglement disparaît complètement.

4° *Que faut-il faire du contenu de la hernie ?* — D'une façon générale on peut dire que l'épiploon, l'appendice cœcal, et les annexes utérines doivent être réséqués. Les autres organes doivent être réduits. N'ayant ici en vue que les cas habituels, nous ne nous occupons que de la conduite à tenir vis-à-vis de l'intestin et de l'épiploon.

A) *Epiploon.* — Que celui-ci soit sain ou altéré, il doit être réséqué. On l'attire donc à soi. On décolle à l'aide du doigt les adhérences qui l'unissent parfois au sac ou au collet. Il faut qu'il puisse aller et venir librement sous les tractions de l'opérateur. Ne pas lier en masse ; mais par fractions. Dans ce but on divise à l'aide des doigts et sans crainte d'hémorragie la lame épiploïque suivant sa longueur en 2 ou 3 lames secondaires. Chacun de ces fragments est lié séparément le plus haut possible, puis sectionné à un centimètre de la ligature. On réduira, un par un, chacun de ces moignons épiploïques, on agrandira, s'il le faut, l'ouverture péritonéale pour faciliter leur rentrée.

B) *Intestin.* — La conduite à tenir varie suivant l'aspect de l'anse intestinale.

a) *Anse visiblement saine.* — Sous l'influence de l'affusion d'eau chaude, l'anse violacée est devenue rouge et de bon aspect. Il faut alors la réduire sans arrière-pensée. Cette bonne condition est la juste récompense de l'opérateur qui est intervenu sans avoir préablement « massé » la hernie.

b) *Anse suspecte.* — Si malgré l'affusion d'eau chaude, l'anse reste *noire*, ou si, par places, elle montre quelques *surfaces grisâtres, brunâtres ;* si son aspect lisse et poli est remplacé par un *aspect terne*, s'il y a des *fausses membranes*, il serait dangereux de réduire.

Que faire ? Amener l'anse à soi ; examiner si les gaz et les matières circulent librement, ce qui doit exister toujours si le débridement de l'anneau et du collet a été exécuté largement ; envelopper l'anse herniée dans deux compresses stérilisées ; placer deux mèches de gaze au niveau de l'orifice abdominal pour empêcher l'intestin de rentrer de suite ; appliquer un large pansement ouaté et attendre 3 jours. Si à la levée du pansement l'anse est rouge et vivace, la laisser rentrer dans le ventre d'elle-même ; aider même à sa réintégration si elle tend à « s'endormir » à l'entrée du ventre.

Si l'anse intestinale se gangrène par places ou en totalité, il n'y a pas de péritonite à craindre, puisque deux mèches de gaze disposées au niveau de l'anneau, empêchent l'intestin de rentrer et provoquent des adhérences.

Une fistule stercorale ou un anus contre nature résulteront de ce sphacèle ; il faudra les traiter par une nouvelle intervention, à moins que cette infirmité ne guérisse spontanément.

c) *Anse gangrénée mais non perforée.* — La paroi intestinale est verdâtre ou feuille-morte, le liquide contenu dans le sac est louche, ou hématique, toujours fétide.

Si la gangrène est limitée à une petite surface, à la zone de striction par exemple, on peut réduire l'intestin après l'avoir « restauré » ; si au contraire cette gangrène est étendue ou si elle atteint plusieurs points limités de l'anse herniée, il faut la réséquer ou débrider sans réduire.

Gangrène localisée à un point où il faut « enfouir » cette zone sphacélée ou simplement suspecte. Dans ce but on plisse la paroi intestinale au niveau de la partie lésée qui est ainsi incluse vers la cavité intestinale. On réunit les deux lèvres du pli par un sur-

jet séro-musculaire. L'intestin ne présentant plus qu'une surface saine et normale, on le réduit dans la cavité abdominale.

Gangrène étendue à toute l'anse, ou en plaques disséminées.— On peut dans ce cas avoir recours à la *résection* suivie d'une entéroraphie circulaire ou d'une implantation latérale ; à *l'invagination* ; à *l'anus artificiel* ou à *l'abandon de l'anse* sous le pansement.

La résection d'intestin nécessite un aide et l'habitude de la chirurgie abdominale ; on suturera les deux segments, bout à bout, par deux plans de sutures ou bien si l'un de ces deux segments est plus volumineux que l'autre, il faut fermer complètement le bout large par une double suture en bourse et implanter le bout étroit sur le précédent à 3 centimètres de sa fermeture.

L'invagination ne nécessite pas l'ouverture du canal intestinal. Le segment gangréné est séparé de son mésentère dont on lie les vaisseaux. Puis ce tube flottant et mou est invaginé peu à peu dans le bout inférieur de l'intestin jusqu'à ce qu'il soit « avalé » complètement. Dès qu'on n'a plus sous les yeux que de l'intestin sain, on fait un surjet unissant les deux lèvres du pli circulaire.

L'anus artificiel est une triste nécessité, car en général il ne guérit pas spontanément et sa cure opératoire est grave ; on ne s'y résoudra donc qu'à la dernière extrémité. Pour l'exécution, on fixe l'anse intestinale par quatre points de suture au bord de l'anneau débridé et élargi ; on ouvre l'intestin et on fixe à la peau les deux lèvres de l'ouverture.

L'abandon de l'anse gangrénée sous le pansement. — Débrider l'anneau, sans réduire l'anse ; voilà ce qu'on fera quand le malade sera trop faible ou que l'opérateur ne se sent pas de force à faire une résection intestinale. On entourera l'anse de compresses aseptiques, tous les jours on l'irriguera largement et on excisera les parties mortifiées pour simplifier leur élimination. Au bout de 2 ou 3 mois, on tentera la cure de l'anus contre nature.

d) *Anse gangrénée, perforée, abcès stercoral.* — A l'ouverture du sac, il sort du pus ou des matières. Irriguer largement à l'aide d'une solution de sublimé. Inciser les parties mortifiées. Recommencer les lavages plusieurs fois par jour, pour éviter l'infection et laisser l'anus contre nature se constituer. L'avenir de pareils cas n'est pas brillant. La mort survient souvent par in-

fection générale ou stercorémie. La cure de cet anus artificiel est grave, car la paroi abdominale constamment souillée par les matières ne peut être désinfectée. Des cas semblables ne se verraient jamais si les malades étaient opérés dès les premières heures.

5° *Cure radicale de la hernie.* — Celle-ci comprend la dissection et l'excision du sac suivie de la restauration de l'anneau débridé.

A). *Dissection et excision du sac.* — S'il s'agit d'une hernie inguinale chez la femme ou d'une hernie crurale, rien n'est simple comme cette dissection. On saisit les bords de l'ouverture sacculaire à l'aide de deux pinces hémostatiques. Deux doigts de la main gauche sont introduits dans le sac, tandis que ceux de la main droite isolent ce dernier de tous les éléments qui l'entourent. Il faut poursuivre cette dissection le plus haut possible ; jusqu'à ce qu'on voie un peloton graisseux qui indique que la vessie est proche. Immédiatement au-dessus de ce peloton et sans le saisir on lie le sac, on sectionne et on livre à lui-même ce moignon péritonéal qui remonte bien haut vers la grande séreuse.

S'il s'agit d'une hernie inguinale chez l'homme, surtout d'une hernie congénitale, la séparation des éléments du cordon adhérents à la paroi postérieure du sac augmente un peu la difficulté. On fera bien de commencer cette dissection par en haut, très près du collet : on s'aidera de la sonde cannelée pour ne blesser ni les veines, ni le canal déférent. Le débridement de la paroi antérieure du canal inguinal qui a dû être exécuté comme deuxième temps de l'opération, permet de faire remonter la dissection aussi haut que possible.

B) *Restauration de la paroi.* — Ce n'est pas tout d'avoir débridé l'anneau aponévrotique et une partie de la paroi abdominale : il faut fermer cette brèche pour guérir le malade d'une façon définitive.

a) *Hernie inguinale.* — Personnellement je fais usage du procédé de Bassini qui permet la reconstitution isolée des parois antérieure et postérieure du canal. Cette technique n'étant pas nécessaire à la guérison de la plupart des cas, je n'en parlerai pas. Fermons donc simplement l'ouverture abdominale. A l'aide de 3 ou 4 points de sutures espacés, prenons l'aponévrose et le muscle pour rétrécir l'orifice inguinal débridé et élargi. Prenons des points larges, chargeons une bonne épaisseur de tissus et lions.

Quand l'orifice inguinal n'admettra plus que la pulpe du petit doigt, arrêtons-nous là, car la circulation du cordon pourrait souffrir d'une fermeture plus complète.

S'il s'agit d'une hernie inguinale chez la femme, on doit fermer complètement, puisqu'il n'y a pas de cordon.

b) *Hernie crurale.* — Il est plus facile de fermer le trajet inguinal débridé, que de rétrécir par quelques points séparés l'anneau crural. Néanmoins en glissant lentement et prudemment on doit, même sans grande habitude, mener à bien ce dernier temps de l'intervention. A l'aide de l'aiguille, on charge le bord inférieur de l'arcade fémorale ou plutôt une lamelle fibreuse qui s'en détache, on charge ensuite l'aponévrose pectinéale au niveau de son insertion osseuse, on passe un fil et on noue, 2 ou 3 points séparés suffisent. Eviter d'embrocher la veine fémorale en maintenant l'index gauche au contact du vaisseau pendant la manœuvre de l'aiguille.

6° *Suturer la peau* et faire le pansement. — *N. B.* Le malade restera à jeun pendant les quelques heures qui suivront l'opération. On lui permettra ensuite successivement des grogs, du bouillon froid, du lait froit. Donner un ou deux lavements purgatifs le soir ou le lendemain de l'opération pour obtenir des selles ; si celles-ci se faisaient attendre, donner de l'huile de ricin par cuillerées à café jusqu'à ce qu'on obtienne un résultat.

Jamais d'opium après les opérations abdominales.

REVUE PROFESSIONNELLE

—

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA SUPPRESSION DE PART

La chambre criminelle de la Cour de cassation a examiné e pouvoir formé par le procureur général à la cour de Besançon contre l'arrêt de cette cour, qui, refusant de faire état du témoignage d'une sage femme, dans une poursuite dirigée contre une fille Girard, prévenue de suppression de part, avait acquitté celle-ci.

On se rappelle que la cour avait, en effet, jugé que ce témoignagne avait été fait en violation du secret professionnel et que dès lors, il devait être considéré comme nul et non avenu :

Le pouvoir du procureur général soulève donc cette question délicate :

La personne astreinte au secret professionnel est-elle tenue de le respecter, même en justice ?

M. le conseiller Boulloche et M. l'avocat général Feuilloley se sont successivement prononcés pour l'obligation absolue du silence : ils ont donc conclu l'un et l'autre au rejet du pourvoi du procureur général à la cour de Besançon.

M. l'avocat général Feuilloley a insisté sur le caractère impératif du texte de l'article 378 du Code pénal, ainsi conçu :

Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent à cinq cents francs.

Il a ajouté que l'obligation absolue de l'observation du secret professionnel résulte d'autant plus des termes de cet article qu'aujourd'hui il n'y a même plus de « cas où la loi oblige les dépositaires de secrets professionnels à se porter dénonciateurs ». En effet, cette exception, qui se référait aux articles 103 et suivants du Code pénal, a été effacée par la loi du 28 avril 1832 qui les a abrogés.

Divers arrêts de cassation, à la vérité, ont admis, surtout quand il s'agit de répondre à une interrogation en justice, la « discrétion facultative ». Mais il s'en faut que cette jurisprudence ait un caractère constant.

Un arrêt de la chambre criminelle de novembre 1885 a décidé que le médecin était tenu au secret professionnel et ne pouvait même pas en être relevé par la partie intéressée. Il a posé le principe de l'obligation du secret absolu, dans un intérêt d'ordre public.

La chambre civile de la Cour de cassasion a, de son côté, par deux arrêts récents, dont le dernier est de mai 1889, appliqué ce principe.

Ces arrêts sont, d'ailleurs, conformes à la théorie soutenue par l'éminent criminaliste Faustin Hélie.

Il est d'avis, en effet, que si l'interpellation du magistrat enlève à la violation du secret professionnel le caractère délictueux qui seul pourrait permettre de frapper l'auteur de cette violation des peines prévues par la loi, celui-ci n'en manque pas moins au de-

voir professionnel. Dès lors, une déclaration ainsi faite ne peut être retenue. Elle doit être réputée inexistante.

L'analyse de tous ces textes et documents détermine l'avocat général à conclure énergiquement pour la consécration de la doctrine adoptée par la cour de Besançon.

VARIÉTÉS

—

ETUDES DE PSYCHOLOGIE. LA CRIMINALITÉ FÉMININE

Une note publiée ces jours-ci dans quelques journaux et relative à l'abaissement de la courbe de criminalité, de 1894 à 1900, constate que les crimes contre les personnes — qui exposent à trop de dangers pour un profit trop aléatoire — tendent à diminuer, tandis qu'au contraire augmentent les crimes contre les propriétés, beaucoup plus avantageux. Il résulte du même document que, sur 3,453 poursuivis par la justice, on ne compte que 480 femmes. Par suite, la femme est *six fois moins criminelle que l'homme*.

Cette supériorité morale de la femme admise, à quoi convient-il de l'attribuer ? « A son éducation première et à ses habitudes sédentaires », répondait un magistrat qui avait étudié ce sexe, si intéressant, de très près. Cette explication un peu simpliste, n'est pas suffisante. Il existe d'autres raisons qui me paraissent beaucoup plus sérieuses, et je voudrais, puisque la statistique m'en fournit l'occasion, les indiquer très rapidement. « La femme, disait un sage, est un sujet sur lequel il est agréable de s'étendre, mais il faut savoir se borner. »

Beaucoup d'hommes, qui ne s'en doutent guère, sont des primitifs — je n'ose dire, des primates. Violents et aventureux, rebelles à toute loi morale, mal assujettis à une forme sociale qui n'est pas faite pour eux, ils se tiennent le plus possible en dehors de la loi et de la civilisation. Ils sont les dignes descendants des ancêtres lointains qui, sur le bord des grands fleuves, dans les forêts impénétrables, vivaient de meurtre et de rapine. Peut-être, à vrai dire, ne sont-ils des criminels que parce qu'ils eussent été, à une époque plus favorable à l'essor de leur énergie, des héros. Ajax, en 1900, serait condamné une ou deux fois par mois pour coups et blessures et ivresse sur la voie publique ; Ulysse, ce vieux filou, deviendrait un des habitués de la correctionnelle.

La femme, d'humeur plus docile et d'esprit plus souple, s'adapte infiniment mieux au milieu social dans lequel le hasard l'a placée. Elle naît modérée, subordonnée, au moins en apparence, et respectueuse. Elle a, à un très haut degré, le sentiment de la famille et le culte de la propriété, même de la propriété d'autrui. Trop pratique

pour ne pas profiter de tout, et avec cela très optimiste, elle s'accommode aisément, parce qu'elle sait en tirer parti, des situations qui semblent le moins avantageuses. Très patiente, elle attend, elle louvoye, et tandis que l'homme, plus violent, brave le Code, elle se contente de l'exploiter. Elle a d'ailleurs, sauf sur un point dont je parlerai tout à l'heure, des besoins moins impérieux, des ambitions moins ardentes. Sa douceur un peu puérile et les caprices de son imagination la consolent des plus dures réalités. Elle s'habitue à tout, se résigne à tout, pourvu qu'elle aime et qu'on l'aime.

Tendre ou passionnée, sensuelle ou sentimentale, la femme est une serve d'amour. C'est par l'amour qu'elle paie son tribut à l'humaine faiblesse et tous ses crimes viennent de là. Parfois le mobile réel est difficile à démêler : on le retrouve toujours. En voici un exemple, entre mille :

En 1839, plusieurs fermes sont incendiées dans le département du Bas-Rhin. Pour n'en pas perdre l'habitude, on arrête quatre ou cinq innocents, dont l'un meurt en prison. Au moment où on désespérait de découvrir les vrais coupables, un hasard les livre. Ce sont de jeunes servantes de quinze à seize ans, incendiaires par détraquement sensuel.

Toute sa force, toute sa tendresse, tout son dévouement et son besoin de dominer et son désir de plaire, la femme les met dans l'amour. Pour l'homme qu'elle aime, aucun sacrifice ne lui coûte. Aucune vengeance ne lui paraît trop cruelle pour celui qui la trahit. Lorsqu'elle vole, c'est le plus souvent au profit d'un amant indigne et d'autant plus cher. Lorsqu'elle tue, c'est pour arracher à une rivale des joies qu'un brutal abandon lui a enlevées à elle-même. Le cœur ulcéré guide la main.

Aussi dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, quand on étudie la criminalité féminine, on voit qu'elle est provoquée uniquement par l'amour. Et chaque fois qu'une femme est accusée d'un crime et que la cause de ce crime n'apparaît pas clairement, c'est à l'amour qu'on peut, qu'on doit l'attribuer.

HENRI D'ALMERAS.

FORMULAIRE

Traitement du prurit survenant chez les femmes à la ménopause.

(W. SHOEMAKER.)

Oxyde de zinc	0 gr. 3
Quinine	2 gr. 5
Extrait d'aloès	1 gr.
Suc de réglisse	Q. S.

Pour faire pilules n° 20 (chaque pilule contient 0 gr. 015 d'oxyde de zinc). A prendre, par une pilule, trois fois par jour.

En même temps les parties prurigineuses seront lavées à l'eau phéniquée faible additionnée de menthol ou d'alcool aromatique.

Traitement de l'eczéma.

(VEIL.)

Il faut tenir grand compte de la

période de l'affection ; dans l'eczéma aigu, on évitera tous les remèdes irritants, les savons. Pour atténuer les sensations de brûlure et de prurit dans l'eczéma aigu non encore sécrétant, l'auteur recommande la colle de zinc d'Unna :

Oxyde de zinc	15 gr.
Gélatine	15 gr.
Glycérine	25 gr.
Eau distillée	45 gr.

que l'on réchauffe au bain-marie et que l'on applique au pinceau. Au bout de plusieurs jours on lave avec de l'eau tiède. Dans l'eczéma humide, lavage des parties malades une fois par jour, et puis on applique de nouveau la colle. Dans l'eczéma généralisé, si la colle n'est pas tolérée, on poudre à l'amidon additionné de 2 pour 100 de camphre, en cas de prurit intense. En cas d'insuccès, on fait des lotions avec :

Liq. d'acétate d'alumine	10 gr.
Borax	3,50 cent.
Acide salicylique	0,30 —
Eau distillée	170 gr.
Glycérine	30 gr.

Contre les eczémas étendus très humides on emploiera les emplâtres et les pâtes ; si l'éruption est sèche et en desquamation, une pommade au tanin à 5 pour 100. Dans l'eczéma chronique, on fait tout d'abord tomber les croûtes et les squames avec du savon mou, des bains ou de l'huile.

Une addition de 1 à 2 pour 100 d'ichthyol a aussi une action très favorable dans ces cas. Dans l'eczéma squameux, la pâte de Lassar est indiquée, ou le goudron sous forme alcoolique :

Poix liquide	1 gr.
Alcool	3 gr.

on ajoute à l'une des pommades ci-dessus, de 1 à 2 pour 100. L'emploi du goudron est contre-indiqué dans les régions velues ; il y provoque facilement des inflammations sycosiformes.

Hygiène de la bouche chez l'enfant.

(Carron de la Carrière.)

Solution pour le nettoyage de la bouche des enfants.

Acide thymique	50 cent.
Acide benzoïque	5 gr.
Eau de menthe	2 gr. 50
Eau de badiane	2 gr.
Teint. de cochenille	6 gr.
Alcool à 80°	230 gr.

Mettre dans un verre d'eau une quantité suffisante de ce mélange pour produire un trouble et frotter les dents au moyen d'un tampon d'ouate imbibé de cette solution.

Dans le même ordre de faits, il préconise contre les accidents de la dentition, de frictionner légèrement et plusieurs fois les gencives avec le mélange suivante :

Cocaïne	10 cent.
Saccharine	5 cent.
Glycérine	20 gr.
Teint. de vanille	XX gout.

Formulaire de l'huile de foie de morue. — D'après Comby, l'huile de foie de morue est contre-indiquée par les troubles digestifs, la diarrhée, l'âge trop tendre des sujets.

On peut la donner avant le repas, le matin ou le soir. D'après Ruyssen, il vaudrait mieux la donner après les principaux repas et à doses rapidement croissantes. On peut en masquer le goût soit avec du sirop antiscorbutique, ou du sirop d'iodure de fer. En Angleterre, on fait une émulsion avec de l'extrait de malt dans la proportion de 30 à 50 %.

Voici quelques formules d'administration qui conviennent pour les enfants, mais qu'on peut aussi appliquer aux adultes.

I. H. f. m.	100 gr.
Saccharine	0 gr. 40
Ether acétique	2 gr.
Essence de menthe	V gout.

Eisnschitz).

(II. H. f. m	240 gr.
Eau	135 gr.
Carbonate de soude	0 gr. 60
Essence d'eucalyptus	0 gr. 75
Sirop Q. s. pour faire	450 gr.

(Emulsionner).

III. H. f. m	240 gr.
Peptone de bœuf	160 gr.
Sucre	60 gr.
Essence de winter-green	XXV gtes
Alcool	30 gr.
Eau Q. s. pour	480 gr.

(Emulsionner).

IV. H. f. m	150 gr.
Hypophosphate de chaux	3 gr.
— de soude	1 gr. 50
Glycérine, eau, gomme, essences	145 gr. 50
V. H. f. m	200 gr.
Glycérine	30 gr.
Teinture d'écorce de Panama	6 gr.
Eau de laurier-cerise	4 gr.
VI. H. f. m	60 gr.
Glycérizine	30 gr.
Glycyrrhizine	3 gr. 50

Eau distillée Q. s....
pour..... 120 gr.

VII. H. f. m..... 20 gr.
Eau..... 60 gr.
Glycérine..... 60 gr.
Gomme arabique.... 20 gr.
Dextrine.. ..,..... 10 gr.
Hypophosphates de chaux..... 1 gr.
Hypophosphate de soude..... 0 gr. 50
Essences d'amandes amères..... II gout.
Essence de citron.... I —

VIII. H. f. m..... 100 gr.
Eau laurier cerise, 15 gr.
Agiter, laisser déposer et décanter.

L'ichthalbine chez les enfants.— Homburger a étudié ce médicament dans la policlinique de Heumann, à Berlin. Ses expériences ont porté sur 6 enfants âgés de six mois à quatorze ans. Son utilité semblait, à première vue, devoir être incontestable ; depuis longtemps déjà, les recherches faites sur l'ichthyol, sa substance fondamentale, ont montré quelle utilité on pouvait tirer de ce médicament. C'est aux maladies de la peau que s'adressa tout d'abord l'auteur ; ses premières expériences eurent lieu, en effet, sur 2 enfants atteints d'eczéma.

Il est deux symptômes dans l'eczéma qui rendent son traitement assez difficile : ce sont les forts suintements et les démangeaisons ; l'influence du médicament sur ces deux symptômes fut bien étudiée, car on avait suspendu toute autre médication.

L'ichthalbine a également une influence de premier ordre sur la furonculose ; elle semble être efficace surtout contre la formation des abcès multiples qui peuvent se former chez les enfants au cours d'une maladie organique consomptive ; elle semble agir là en accroissant les échanges organiques. Cette qualité, l'ichthalbine la prend à l'ichthyol qui, d'après Helmer, possède cette faculté au plus haut point.

Ceci explique l'utilité du médicament dans les maladies chroniques de l'enfance : pneumonies chroniques, scrofulose et catarrhes intestinaux chroniques ; l'ichthalbine relève l'appétit, d'où provient une augmentation de poids du corps. Sur les troubles des organes eux-mêmes, le médicament ne semble pas avoir d'action, d'action directe surtout.

Il était de grand intérêt de savoir quelle influence l'ichthalbine pouvait avoir sur les affections intestinales. Elle semble sans action utile sur les troubles intestinaux aigus et subaigus. Dans deux cas de constipation, le remède agit favorablement et facilement ; il semble, en effet, que l'action du médicament sur les affections chroniques de l'intestin soit très utile ; elle régularise les selles très rapidement ; dans un cas de dysenterie, elle fut sans aucune utilité.

Quant au mode de prescription et aux quantités à ordonner, l'auteur conseille pour les enfants au-dessous de six mois les doses de 0 gr. 05 à 0 gr. 1 à donner trois fois par jour. De six mois à un an, on peut prescrire 0 gr. 15 à 0 gr. 20 trois fois par jour. De deux à trois ans, on peut élever la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 trois fois pro die. A dix ans, on peut donner 1 gramme trois fois par jour.

Le remède étant insipide et inodore, les enfants le prennent volontiers ; il n'a aucune action nuisible sur les reins. On le donne généralement sous forme de tablettes au chocolat.

Clermont (Oise.) — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

—

UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Par le Dr Magniaux.

Voici comment nous avons procédé. C'était une femme de 32 ans, au bassin rachitique dont le diamètre antéro-postérieur mesurait 10 cent. 5 ; ses accouchements antérieurs (à part un accouchement gémellaire) avaient été pénibles et terminés artificiellement ; une fois l'enfant avait succombé. A l'examen elle paraissait tout près de son terme et le fœtus volumineux. Je décidai de provoquer l'accouchement le plus tôt possible, craignant, si j'attendais, d'être obligé de pratiquer chez cette femme une symphyséotomie pour avoir un enfant vivant. Le 17 décembre, après les soins antiseptiques d'usage (bain, nettoyage soigné de la vulve, injection au sublimé), la sage-femme de la Maternité fait à la malade un pansement vaginal à la gaze iodoformée qu'elle renouvelle le 18. Le 19 décembre, la malade est mise en position obstétricale ; on lui donne une injection vaginale au sublimé. J'abaisse la fourchette avec une valve que je confie à un aide ; sans fixer le col utérin, à l'aide de la pince à pansement je porte l'extrémité de la mèche de gaze glycérinée au fond du col utérin ; puis je l'introduis peu à peu tout entière dans la cavité cervicale, la tassant doucement. Je fais ensuite un tamponnement lâche du vagin à la gaze iodoformée ; la vulve est recouverte d'un pansement ouaté. Cette petite opération a lieu à 11 heures. A midi, début des contractions utérines. A 4 heures du soir, elles sont répétées et douloureuses ; à 6 heures, rupture des membranes. La sage-femme, Mlle Thierry, retire les mèches de gaze et constate une dilatation égale à cinq francs. Le 20 décembre, à 10 heures du matin, je trouve une dilatation comme une paume de main. Je suis rappelé à la Maternité à 2 heures du soir, parce que les bruits du cœur deviennent irréguliers et le liquide amniotique verdâtre. Je fais une application oblique de forceps sur une tête fixée au détroit supérieur ; l'engagement de la tête est facilité par la position de Walchem ; j'extrais un fœtus pesant 3 kil. 860 grammes.

Dans notre second cas, l'introduction dans le col de mèche glycérinée donna un résultat beaucoup moins rapide.

Il s'agit d'une femme enceinte de huit mois et vingt jours, présentant quelques signes de rachitisme et dont le bassin mesurait 11 cent. de promonto-sous-pubien. Le fœtus était gros et présentait le plan latéral droit en A I P. Le 16 mars 1900, après avoir, par manœuvres externes, transformé cette présentation de l'épaule droite en une présentation du sommet (O I D T) et fixé le fœtus dans cette position par une ceinture et des rouleaux verticaux, la malade, ayant reçu précédemment les soins antiseptiques précé-

demment décrits est placée en position obstétricale. J'abaisse la fourchette avec une valve, je saisis la lèvre antérieure du col avec une pince à griffes que je tiens de la main gauche, tandis que mon autre main à l'aide de la pince à pansement introduit la gaze glycérinée dans la cavité cervicale, puis la gaze iodoformée sèche dans le vagin. Je revois la malade le 17 au matin ; elle n'a eu que deux contractions. J'enlève les mèches de gaze ; le col a gardé toute sa longueur, il est seulement un peu plus largement ouvert. Après une injection vaginale, procédant comme la veille, je tasse dans la cavité cervicale une première mèche de gaze glycérinée et la moitié d'une seconde mèche, en tout les 3/4 d'un paquet d'un mètre carré ; j'introduis dans le vagin une mèche de gaz non glycérinée. Il s'écoule une légère quantité de sang provenant sans doute du décollement des membranes. Quelques douleurs surviennent l'après-midi. Le travail débute régulièrement le 18 mars à 5 heures du matin. Les contractions cessent quelque temps vers 11 heures lorsqu'on a retiré les mèches. Elles reprennent ensuite. Rupture des membranes à minuit ; dix minutes plus tard accouchement spontané d'un garçon pesant 3 kil. 270 gr.

Chez une troisième femme au bassin rachitique dont le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 cent. 3, multipare, ignorant la date de sa dernière règle, paraissant à terme, après désinfection préalable, une mèche de gaze iodoformée glycérinée est introduite dans la cavité cervicale le 8 avril à 10 heures du matin ; une mèche de gaze sèche est placée au niveau des culs-de-sacs et dans le vagin comme précédemment. Quinze minutes après, début des contractions. Le 9 avril, à 6 heures du matin, elles sont très douloureuses et répétées ; à 10 heures, dilatation complète ; à 10 heures 1/2 naissance spontanée d'une fille pesant 3 kil. 800 gr.

La provocation de l'accouchement par le tamponnement du col à l'aide de mèches de gaze glycérinée est tout aussi facile à pratiquer que le procédé de Krause. Elle a certains avantages très importants sur ce dernier. On ne risque pas de rompre les membranes si l'on procède avec douceur. On ne risque pas de provoquer d'hémorrhagie à moins que le placenta ne soit inséré près de l'orifice ; mais dans ce cas spécial que nous n'avons pas voulu envisager, donc on ne doit avoir recours ni au procédé de Krause ni au tamponnement du col par des mèches de gaze glycérinées, mais à la déchirure large des membranes. Quant au temps qui s'écoule entre l'introduction de mèches de gaze et l'accouchement, il est variable, ainsi qu'on a pu s'en rendre compte. D'après les relations étrangères, ce procédé serait notablement plus rapide que la méthode de la sonde, et nos observations n'y contredisent pas.

Si le procédé du tamponnement du col par les mèches de gaze glycérinée est dépourvu des inconvénients les plus sérieux du procédé de Krause, en revanche il est moins constant que ce dernier dans ses résultats ; il suffit moins régulièrement à provoquer

l'accouchement. Aussi, à la clinique de Wurzbourg, lorsqu'au bout de vingt-quatre heures les douleurs ne se succèdent pas régulièrement, on enlève le tampon et on a recours au ballon intra-utérin.

Est-il besoin d'ajouter que le tamponnement vaginal provoque parfois du ténesme ? On y remédie en ayant soin de faire prendre un lavement à la malade avant l'introduction des mèches et en la sondant au besoin.

En résumé la provocation de l'accouchement par l'introduction dans le col de mèches de gaze glycérinées est une opération facile, à la portée de tous.

Elle met à l'abri de deux risques graves, inhérents au procédé de Krause : la rupture prématurée des membranes, les hémorrhagies. Elle agit plus rapidement.

Elle est moins constante que ce procédé dans ses résultats. Dans ses insuccès mêmes le tamponnement du col à la gaze glycérinée n'aura pas été inutile. En dilatant la cavité cervicale il rend plus facile l'introduction du ballon. Il facilitera de même l'introduction de la sonde si l'on n'a pas de ballon à sa disposition et diminuera les chances de rupture prématurée de la poche d'eau.

On voit donc qu'il n'était pas inutile d'appeler l'attention sur ce nouveau procédé d'accouchement prématuré qui de toute façon est appelé à nous rendre des services. (*Normandie médicale*, 15 juin 1900.)

LE FŒTICIDE THÉRAPEUTIQUE DEVANT LA LOI.

Le question, si débattue jadis, de savoir quelle conduite le médecin doit tenir dans certains cas obstétricaux où la vie de la mère ne peut être conservée qu'au prix de celle de son enfant serait, d'après certains auteurs, fort diminuée d'importance. Les résultats de l'opération césarienne moderne, c'est-à-dire faite suivant les règles de l'antisepsie, la découverte de la symphyséotomie ne permettent plus au médecin de faire la céphalotrypsie sur un enfant vivant. Cela n'est vrai qu'en apparence.

Certes, dans les hôpitaux et les maternités, où l'on a sous la main les opérateurs, les aides, les instruments nécessaires et à la condition encore que les parturientes y consentent, l'hésitation n'est plus possible. Mais dans la clientèle des bourgs et des campagnes, où l'on ne peut recourir à un spécialiste, la question professionnelle que nous signalons reste presque entière. En outre, il ne faut pas oublier que la question du fœticide thérapeutique ne se présente pas seulement dans des cas de vice de con-

formation du bassin de la mère, mais dans des cas d'ordre presque médical, les vomissements incoercibles de la grossesse, par exemple.

Nos lecteurs liront avec intérêt, pensons-nous, l'étude publiée sur ce sujet dans la *France médicale*, par M. Léon Prieur, avocat à la Cour d'appel de Paris.

« Quand au cours d'une grossesse, il semble évident au médecin que l'accouchement ne pourra se faire qu'en sacrifiant soit la mère, soit l'enfant, et qu'il n'existe aucun moyen de les sauver tous les deux, lequel des deux le médecin doit-il se résoudre à sacrifier ?

« Question au premier abord angoissante, comme toute alternative dont l'une et l'autre porte donnent sur la mort, et dont le premier mouvement — humain dans sa lâcheté, — serait de se tirer par l'abstention, par le laisser faire de Ponce-Pilate. Et cependant le médecin, sous peine d'un déni de médication aussi moralement répréhensible qu'un déni de justice, doit se prononcer ! A l'heure où le problème se pose à sa conscience, l'embryotomie c'est-à-dire le sacrifice du fœtus, se présente comme le seul moyen de sauver la mère ! Pratiquera-t-il l'embryotomie ? Cent mille bouches que vous entendez comme moi crieront oui ! M. le professeur Pinard s'écrie non ! Et à ce non, longuement commenté par lui dans sa leçon de réouverture faite à la Clinique Baudelocque le lundi 6 novembre dernier, M. le professeur Pinard donne l'ampleur, l'énergie et, je puis dire, la surnaturelle impériosité d'un article de foi !

« Pour moi, dit-il, l'accoucheur N'A LE DROIT, ni moralement, « ni légalement, ni scientifiquement, de pratiquer l'embryotomie « sur l'enfant vivant...Le droit de l'enfant à la vie est un droit im- « prescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir. »

« Ainsi donc, M. le professeur Pinard estime que, devant le fœticide se dresse une triple barrière, celle de la Morale, celle de la Loi, celle de la Science.

« Nous allons voir quelle résistance cette triple barrière nous oppose :

« Prenons d'abord la Loi ! Il est évident que le fœticide ne tombe sous aucune de ses dispositions ni pénales ni civiles. La loi pénale prévoit deux crimes sur l'enfant : celui d'infanticide et celui d'avortement ! Or, l'infanticide (art. 300 du Code pénal) suppose un nouveau-né, tandis que le fœticide n'atteint qu'un fœtus, qu'un être qui peut ne pas naître ! L'avortement (article 317) suppose sur le fœtus in utero une intervention spontanée, destinée à supprimer secrètement et dans une intention criminelle le produit gênant d'une grossesse. Le fœticide, dans notre espèce, suppose

au contraire une intervention nécessitée par la force majeure qui résulte du danger couru par la mère et du conflit de sa viabilité avec celle de l'enfant. La force majeure efface ici la criminalité. Le fœticide diffère donc de l'avortement puni par l'article 317 par l'absence d'intention criminelle.

« Certains jurisconsultes voudraient même qu'il en différât par l'époque à laquelle il intervient ! Le mot *avortement* d'après son étymologie, et d'après la définition qu'en donne Tardieu, — c'est, à l'égard du fœtus, une intervention volontaire et *prématurée* ; c'est-à-dire qui s'accomplit tant que le travail naturel de l'accouchement n'a pas commencé. Le fœticide au contraire suppose une intervention, qui vient à son heure, concomitante avec le travail naturel de la délivrance. En d'autres termes le fœticide suppose un enfant *naissant*, tandis que l'infanticide suppose un enfant *déjà né* et que l'avortement suppose un enfant qui *peut naître*.

« Le fœticide, même abstraction faite de toute considération d'intention, ne réunirait donc pas les conditions matérielles de l'avortement, si on voulait prendre le mot avortement dans son sens strict. Il y aurait donc, entre l'avortement et l'infanticide, un laps de temps où la loi écrite pourrait être considérée comme laissant l'enfant sans protection.

« Le fœticide, même criminel, ne saurait dans cette théorie tomber sous le coup de la loi pénale, qui ne l'a pas prévu.

« Mais supposons (comme semblent le vouloir l'équité et, à défaut de texte précis, l'esprit du législateur) supposons, dis-je, que le fœticide soit une modalité de l'avortement prévu par l'article 317 — la force majeure, dans notre espèce, efface, nous le répétons, le caractère criminel de l'acte.

« Pour comprendre la situation légale du médecin, il faut se rappeler comment Nœgelé, en 1826, et après lui Cazeaux en 1852, justifiaient pour la mère le droit de sacrifier l'existence de son enfant au salut de son existence propre. La mère, disaient-ils, est en état de *légitime défense*.

« L'article 328 du Code pénal édicte en effet qu'il n'y a ni crime ni délit « lorsque l'homicide, les blessures et les coups sont com- « mandés par la nécessité actuelle de la légitime défense de soi- « même ou d'autrui ».

C'est-à-dire que placée dans l'alternative de se sacrifier elle-même ou de sacrifier l'enfant, la mère se trouve dans la situation d'une victime sous le coup d'une agression. Peu importe que l'agresseur soit un fou, un animal, un enfant, un être conscient ou inconscient ; un être responsable ou non : la victime puise, dans la nécessité de sauver sa vie, le droit de sacrifier celle de

l'agresseur quel qu'il soit. Dans l'anormale grossesse, l'agresseur inconscient, c'est l'enfant qui met les jours de sa mère en danger ; la mère victime a donc le droit de le sacrifier.

Eh bien ! le médecin accoucheur bénéficie du même droit que la mère. Certes ce ne sont pas ses propres jours que la présence de l'enfant met en danger. Mais l'article 328 ne parle point que de la légitime défense de soi-même ; il parle de la légitime défense d'autrui. Il investit le spectateur de l'agression du même droit et de la même impunité que la victime. Au nom de la solidarité humaine ; poussé non plus par l'égoïste instinct de la conservation personnelle, mais par l'instinct altruiste et plus élevé de la conservation de la race, il a le droit d'intervenir. Le médecin spectateur de l'évolution de la grossesse, c'est-à-dire de l'agression de la mère par l'enfant, a le droit de sacrifier l'agresseur pour sauver la victime, a le droit de tuer le fœtus pour sauver la mère.

Je sais bien qu'en 1852, à l'Académie de médecine, lors de la fameuse discussion où Cazeaux se fit l'héroïque champion de la mère, il se trouva un académicien, Bégin, pour retourner la proposition et déclarer que dans la grossesse, c'était l'enfant et non la mère qui jouait le rôle de victime.

Ce n'est pas l'enfant qui s'est emprisonné disait Bégin, et s'il pouvait plaider sa cause, ne serait-il pas en droit de plaider sa libre sortie, en laissant retomber sur ceux qui l'ont incarcéré les conséquences possibles de l'ouverture de la prison ?

Je passe sur la forme métaphorique et redondante de la phrase dont l'époque est plus responsable que l'orateur, et je n'en retiens que le sens ; il est des plus faux. Eh quoi, on fait grief à la mère de sa grossessse, de ce que Bégin, dans un accès de romantisme lyrique, appelle « l'incarcération de son enfant » ! Mais la mère n'est pas plus responsable de sa grossesse que l'enfant de sa conception : ce sont là deux choses dont la nature, dont l'éternelle mystification de Schopenhauer est seule responsable. *Mais l'agression de l'enfant commence avec l'anormalité de la grossesse.* D'être inoffensif appelé par la nature à coexister avec la mère, le fœtus devient parasite dont la subsistance met en danger la vie de l'être qui le porte ; et comme le gui cherche à étouffer le chêne, l'enfant cherche à étouffer la mère : l'agresseur, c'est lui. Contre lui il y a donc légitime défense.

*
* *

Légalement parlant, l'accoucheur a donc le droit de pratiquer l'embryotomie. Je vais plus loin : *Je dis qu'il en a légalement le*

devoir. A M. le professeur Pinard, s'écriant que le médecin n'a pas le droit de tuer l'enfant, je réponds que le médecin n'a pas le droit de *laisser mourir* la mère, et qu'il a le devoir de la sauver par tous les moyens que la science met à sa disposition, sous peine de commettre une faute lourde engageant sinon d'une façon générale la responsabilité pénale éditée par l'article 319 du Code pénal, au moins dans tous les cas la responsabilité civile de l'article 1382 du Code civil.

A la maladresse, à l'imprudence, à l'inattention, à la négligence, à l'inobservation des règlements que punit l'article 319 du Code pénal, une jurisprudence constante ajoute l'omission. Le fait par le médecin d'omettre un moyen connu et pratique qu'il a à sa disposition pour sauver un malade le constitue en faute. Le fait de laisser mourir un malade équivaut au fait de tuer.

Dans l'hypothèse, le médecin dira, il est vrai, que son omission est volontaire ; il cherchera à la couvrir, à la justifier, par la conception soi-disant humanitaire qu'il se fait de son rôle ; par ses dissertations philosophiques sur le droit de vie ou de mort qui n'appartient qu'à Dieu. Mais cette explication ne fera qu'aggraver sa faute — en ce sens qu'un médecin qui s'abstient de guérir sous prétexte qu'il n'a pas le droit de tuer est aussi coupable que le juge qui s'abstiendrait de juger sous prétexte qu'il n'a pas le droit de punir.

Un condamné célèbre et retentissant n'a dû récemment le bénéfice des circonstances atténuantes qu'à cette sentimentalité d'un des juges !

Au médecin appeler à la délivrer par l'embryotomie et qui lui refuserait son concours par scrupule philosophique, la mère, sur son lit de douleurs, pourrait répéter ce vers cruel de La Fontaine :

> Eh ! l'ami, tire-moi du danger
> Tu feras après ta harangue.

Oui, le fait par le médecin d'omettre, sciemment, le moyen unique de sauver son malade, le constitue en faute. Et ici le malade ce n'est pas l'enfant, je suppose, c'est bien la mère. En admettant qu'au début, tant que la grossesse s'annonçait comme devant suivre une marche normale, le médecin ait été appelé à la fois pour la femme et pour l'enfant, il n'en est pas moins vrai que dès que la grossesse est devenue, sinon une cause, du moins une possibilité de mort pour la mère, celle-ci est devenue la véritable seule malade à qui le médecin se doit tout entier. — La laisser mourir — même dans le but de sauver un tiers, comme l'enfant, — constitue donc de la part du médecin un manque-

ment au contrat qui le lie à sa cliente ; aux engagements de la sauver qu'il a pris tacitement envers elle. D'où sa responsabilité légale.

Si, quittant le domaine de la loi, — on absorbe celui de la morale, la théorie de M. le professeur Pinard semble plus critiquable encore.

Sacrifier la mère à l'enfant, sacrifier cet être plein de vie, cet être conscient, cette unité sociale qu'est la mère, à cet être en formation, à cette possibilité d'être qu'est le fœtus, à cette quasi-chose qui, comme disait Velpeau, peut à peine passer pour un être humain et est sans valeur dans la société : — la raison humaine se refuse à mettre en pratique un pareil paradoxe moral. La philosophie de notre droit moderne ne donne à l'enfant conçu (infans conceptus) qu'une personnalité civile conditionnelle. Ses droits à la succession de son père (mort, je suppose, au cours de la grossesse) sont subordonnés à cette condition qu'il naisse viable (article 725 du Code civil). C'est là une condition résolutoire qui, si elle ne se réalise pas, replonge rétroactivement dans le néant sa personnalité qui est censée n'en être jamais sortie : ce sont les héritiers du père, qui recueillent la succession de celui-ci. L'enfant conçu qui n'est pas né viable est censé n'avoir jamais recueilli la succession paternelle ; et sa mort n'a pu transférer à la mère aucun droit à cette succession ! Et c'est à cet être, qui n'est même pas une entité juridique complète, qu'on voudrait sacrifier cette complète entité civile qu'est la mère : philosophiquement, cela ne se conçoit pas !

Bégin a cherché, il est vrai, à mettre en avant le point de vue social utilitariste, —l'intérêt plus grand qu'a la société à acquérir un enfant « prometteur de forces et d'énergies » qu'à conserver une mère rachitique, inapte, de par l'exemple qu'elle vient d'en donner, à remplir normalement et profitablement les fonctions de la maternité !

C'est au nom de la lutte pour la vie, — c'est au nom de la sélection naturelle que cet académicien condamne la mère à mort ; et cela fait songer immédiatement à Lebiez et Barré assassinant de parti pris, une vieille femme inutile ! Cela, n'est-il pas vrai, n'a rien de commun avec la morale, qui est au-dessus de ces considérations égoïstement féroces ! Considérations qui d'ailleurs pourraient se retourner contre leurs auteurs ! — Ils calculent sur des chances seulement d'utilité sociale, quand ils préfèrent l'enfant, puisque celui-ci peut mourir en venant au monde ; ils calculent sur l'avenir, ils calculent donc mal.

Moralement et socialement, le sacrifice de la mère à l'enfant est donc condamnable.

Reste le troisième point de vue de M. le professeur Pinard : le point de vue scientifique. On comprend immédiatement notre réserve à aborder ce terrain, réserve qui vient à la fois de notre totale incompétence et de notre estime pour la valeur technique et professionnelle de l'éminent clinicien. Un autre que moi vous a dit qu'il est des cas où l'embryotomie est le seul moyen de sauver la mère, ne serait-ce que lorsque l'opération conservatrice, pour laquelle penche le professeur Pinard, est impossible, lorsque la symphyséotomie est rendue impraticable.

Aucun accoucheur ne peut affirmer, dit le professeur Pinard, qu'en sacrifiant l'enfant, c'est-à-dire en pratiquant l'embryotomie, il va sauver la mère.

Certes ! Mais il suffit qu'il sache qu'il n'y a que par l'embryotomie qu'il puisse la sauver pour, qu'il soit en conscience obligé de saisir cette suprême possibilité de salut.

L'accoucheur, dit-il encore, doit rester médecin dans tous ses actes... Il doit s'efforcer de conserver la vie chez des êtres qui se confient à lui ou qui lui sont confiés.

Quelque parti qu'elle prenne, M. le professeur Pinard sera bien à plaindre ? S'il souffre déjà à la pensée de ne pouvoir conserver la vie à un être qui n'en a pour ainsi dire pas encore — je lui demande comment il aura le courage de laisser mourir une femme en pleine vitalité qui, dans son dernier regard, ne lui léguera que l'expression obsédante de sa confiance irrémédiablement abusée !

Léon Prieur,
Avocat à la Cour d'appel.

GYNÉCOLOGIE

—

Traitement chirurgical des fibromes de l'utérus. Ces tumeurs doivent être considérées comme des tumeurs graves et non bénignes.

Par le Dr E. Ozenne, chirurgien de Saint-Lazare.

Dans notre dernière réunion, M. Bernard nous a entretenus, à l'occasion d'une hystérectomie totale abdominale qu'il avait pratiquée, de certains points du traitement chirurgical des fibromes de

l'utérus, en émettant ce principe que *la plupart des fibromes ne doivent pas être opérés.*

S'il me paraît inutile, pour la discussion, de vous rapporter, même résumées, les opérations que j'ai faites dans ces circonstances, je crois devoir m'élever contre cette assertion, convaincu qu'une pareille règle de conduite serait des plus funestes, si elle était mise intégralement en pratique. Il est juste d'ajouter que la lecture entière de la communication de notre collègue peut nous rassurer, car elle détruit en partie l'absolutisme de sa proposition conservatrice.

Permettez-moi néanmoins de vous rappeler en quels termes M. Bernard pose la question au début de sa communication. Voici ses premières lignes : « Ce que je vous dirai dans un instant sur cette hystérectomie, pratiquée le 24 mars, est en somme assez peu intéressant ; mais je veux profiter de l'occasion pour dire quelles sont, à mon sens, les contre-indications nombreuses à l'intervention chirurgicale.

En tête du chapitre : Traitement des fibromes, on devrait écrire en très gros caractères : Le fibrome est une tumeur bénigne. L'élève, le praticien, ainsi prévenus, sachant que le fibrome est parfaitement compatible avec l'existence, parleraient moins souvent d'opération. Même le chirurgien, déjà vieux dans la profession, serait moins facilement pris de la démangeaison de couper. Je parle bien entendu des chirurgiens pour qui toute tumeur n'est pas une chose à enlever, un « enlevome », selon un mot humoristique à désinence scientifique, qui permettrait pourtant au chirurgien, s'il était pris à la lettre, de se tirer d'affaire avec de l'habileté manuelle tout en étant dépourvu de science et de conscience. Car je me refuse à croire qu'il existe des praticiens capables de regarder le ventre des malades comme d'autres regardent les mines d'or. Et de fait si on supprimait tous les utérus qui portent des tumeurs fibreuses, il n'en resterait à peu près plus ; et on peut dire, sans trop forcer la note, que l'utérus porte le fibrome, comme le petit orteil porte le cor. »

M. Bernard fait suivre ces lignes de l'exposé des cas qui lui paraissent justiciables d'une intervention et parmi les opérations, susceptibles d'être appliquées, il prend la défense de l'énucléation simple sans hystérectomie, tout récemment préconisée par Olshausen (1), après Spiegelberg, Spencer Wels et Martin (2) qui l'a vulgarisée, après Chevrier (3), Ottawa (4) et Témoin (5), de Bourges, qui par quelques statistiques ont montré la valeur de cette méthode.

(1) Olshausen. XXIXe Cong. Soc. allem. chir. 18 avril 1900.

(2) A. Martin. Traité clin. des Maladies des femmes. Traduct. franc. de Varnier et Weiss. p. 346.

(3) Chevrier. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.* Avril 1891.

(4) Ottawa. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gynéc.* Avril 1891.

(5) Témoin. *Arch. prov. de chir.*, 1896.

Dans la communication de notre collègue nous trouvons énumérées les principales indications opératoires (hémorragies, douleurs) au sujet desquelles il ne peut y avoir de discussion, mais nous n'y voyons pas mentionnées les nombreuses contre-indications qu'il avait annoncées, à moins d'admettre avec lui que les corps fibreux, qui seraient d'une très grande fréquence, sont ordinairement inoffensifs et silencieux. Cette innocuité constituerait, en un mot, la synthèse des contre-indications.

Ces tumeurs sont assurément fréquentes. Personne ne peut le mettre en doute ; mais il est difficile d'accepter, sans qu'on en fournisse les preuves, cette affirmation que la plupart des femmes en sont atteintes, ainsi que le pense M. Bernard qui s'exprime ainsi : « Et de fait si on supprimait tous les utérus qui portent des tumeurs fibreuses, il n'en resterait à peu près plus. »

C'est là, à mon avis, une grande exagération contre laquelle protestent les faits suivants : Pendant mes années d'externat et d'internat, j'ai fait plusieurs centaines d'autopsies, dans lesquelles l'utérus a toujours été examiné et fendu. Dans la très grande majorité des cas, ces utérus ne contenaient pas de fibromes. Ces examens datent, il est vrai, d'une quinzaine d'années, mais il n'est pas supposable que les femmes de cette époque fussent moins fibromateuses que celles de nos jours.

Depuis ma nomination à Saint-Lazare, c'est-à-dire depuis 10 ans, j'ai eu à examiner chaque semaine, *à la consultation dite des cours*, environ 100 femmes, âgées de 16 à 50 ans, ce qui donne un total de 10,000 femmes au moins. Mais faisons une large réduction et, au lieu de 10,000, n'en comptons que 7,000, un certain nombre d'entre elles s'étant présentées plusieurs fois à la consultation ou n'ayant pas subi une exploration minutieuse de l'uterus par suite du peu de volume de cet organe.

Or, sur ces 7,000 femmes, fort peu d'entre elles ont été reconnues atteintes de fibromes, même de petit volume. Peut-être, l'utérus de ces femmes renfermait-il quelques noyaux myomateux ? Cela possible. En tout cas, il n'est aucun signe qui aît pu nous le faire soupçonner.

Ces différentes observations me permettent, je le pense, de conclure à une fréquence des fibromes utérins beaucoup moins grande que ne le proclame notre collègue.

Quant à la soi-disant bénignité de ces tumeurs, je ne puis non plus me ranger à l'opinion de M. Bernard. Cette opinion est beaucoup trop absolue, quel que soit le point de vue, histologique ou clinique, auquel on se place.

Certes, je ne conteste pas que certaines de ces tumeurs, particulièrement chez les femmes qui ont dépassé 40 ans, restent pour ainsi dire latentes, sans jamais provoquer un accident de quelque importance. Mais ce n'est pas la règle ; je dirai même que c'est l'exception ; et, si chacun de nous peut en citer des exemples, il ne

sera guère embarrassé pour rapporter des faits contraires en nombre assez considérable.

Le fibromyome, en réalité, ne doit pas être considéré comme une tumeur bénigne, même au sens histologique du mot, car si pour quelques-uns l'élément fibreux, qui est déjà une dégénérescence, puisque le noyau primitif est uniquement musculaire, ne se modifie jamais, on sait que ces néoplasmes sont sujets à de nombreuses transformations ou dégénérescences.

Les dégénérescences graisseuse, calcaire, œdémateuse (myxomateuse, muqueuse, myxoïde des auteurs) ne sont pas très rares et assez fréquente également est la dégénérescence sarcomateuse que Costes (1) a rencontrée 11 fois sur 21 examens.

Par suite de ces dégénérescences (les deux dernières principalement) et par la possibilité d'accidents inflammatoires et gangréneux, ces tumeurs peuvent présenter des caractères de malignité indubitable. Elles doivent donc être regardées comme *des tumeurs graves*.

Si maintenant nous nous plaçons sur le terrain clinique, en présence de tumeurs qui n'ont encore subi aucune transformation, qui ne sont que de purs fibromyomes, en voie de lent développement, sans retentissement *apparent* sur les fonctions organiques, j'estime que celui qui se déclare apôtre de la conservation quand même encourt une bien grosse responsabilité.

En effet, la malignité d'une tumeur ne se juge pas seulement par sa constitution. Il y a lieu de faire entrer en ligne de compte, pour l'avenir, le développement, le siège de la tumeur, la multiplicité des accidents et des complications, la gravité des opérations auxquelles on se décide à se soumettre tardivement. Ce sont là autant de facteurs qui doivent peser lourdement dans l'un des plateaux de la balance comme des indications opératoires.

Sans entrer dans les développements que comporterait la discussion de ces diverses questions, je rappellerai qu'il n'y a plus à faire justice de l'action soi-disant salutaire de la ménopause sur l'évolution des fibromes. C'est une illusion que d'y compter, car il est fréquent de voir la tumeur s'accroître et les hémorragies devenir plus abondantes, lorsque l'âge critique est passé, même depuis quelques années.

A part quelques heureuses exceptions, il est rare que ces tumeurs diminuent spontanément de volume ou restent stationnaires, et il n'est pas rare que, par suite de leur développement graduel et constant, elles donnent lieu un jour ou l'autre à quelques accidents sérieux. Aussi, bien loin d'en déconseiller l'ablation, quel que soit leur volume, je crois qu'il est de notre devoir de proposer une intervention.

Enlever ces corps fibreux ; c'est prévenir les dégénérescences

(1) P. Costes. Thèse de Doct. Paris, 1895.

graisseuse et scléreuse du foie, du cœur, des reins, conséquences des hémorragies profuses et répétées ; c'est prévenir la mort subite par embolie pulmonaire ou par action cardiaque ; c'est prévenir les complications qui se montrent du côté des organes urinaires et du côté des intestins, résultant de la compression (Obstruction intestinale, hydronéphrose, urémie aiguë.... (1) dont je vous ai communiqué un cas il y a quelques années) ; enfin c'est supprimer une cause d'irritation chronique de la muqueuse utérine et quelquefois prévenir le développement d'un cancer qui plus tard peut lui-même envahir le fibrome (2).

En résumé, contrairement à M. Bernard, qui n'admet, comme indications opératoires que les hémorragies et les phénomènes douloureux, j'estime que l'ablation de tout fibromyome doit être conseillée, surtout si la femme est jeune et si la tumeur augmente, même lentement, de volume, car il y a plus de danger à escompter les bienfaits de la médecine, de l'électricité et de la balnéothérapie, dont cependant je ne nie pas l'influence heureuse dans quelques cas, et à temporiser qu'à intervenir.

En pratiquant cette intervention de bonne heure, ce qui empêchera la déchéance organique de survenir et par suite une mort prématurée, en réalité imputable au corps fibreux lui-même, et ce qui permettra d'avoir plus souvent recours à une chirurgie conservatrice de l'utérus, c'est-à-dire à l'énucléation des fibromes, nous sommes convaincus que nous agissons au mieux des intérêts des malades et dans des conditions telles que la gravité de l'opération est réduite à son minimum. C'est la conduite que nous devons toujours nous efforcer de tenir, sans nous inquiéter de la critique, qui peut en être faite.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

L'EMPLOI LOCAL DE LA LEVURE DE BIÈRE CONTRE LE CATARRHE CERVICAL (*Extrait*).

Paul Petit.

« Comme Landau, je me suis servi de levure fraîche, mais en prenant soin de renouveler chaque jour ma provision.

A son exemple, j'ordonne à la malade d'enlever le tampon imprégné de levure, le jour qui suit son application, ou bien je l'enlève moi-même, au bout de 48 heures, et, avant de le remplacer, je fais une injection d'eau bouillie. Le tampon étant très imbibé

(1) E. Ozenne. *Bull. Soc. IXe Arrondissement*, 10 juin 1897.

(2) Bourgeois. De la coexistence des tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe. (Thèse de Lyon, 1879.)

et la levure, diluée, la malade doit se garnir ; elle doit aussi faire matin et soir, un savonnage vulvaire, sous peine d'une odeur aigrelette, assez pénible. Dans 3 ou 4 cas, j'ai joint, au pansement vaginal, une instillation intra-cervicale, sans profit apparent, mais sans dommage aucun.

Au reste, à part l'odeur plus haut signalée et qu'il est facile d'éviter, ce mode de pansement, contrairement aux appréhensions légitimes qu'il peut inspirer, m'a paru sans inconvénient. Je n'ai même pas eu à combattre les sensations de prurit intra-vaginal, signalées par Landau et qui céderaient à des injections alcalines.

Je rappelle que la levure de bière de bonne qualité, non altérée, se présente sous forme de pâte homogène, de couleur café au lait et ayant l'odeur de bière. Voulant avoir des résultats comparables, je n'ai jusqu'ici employé que ce produit. La levure sèche serait d'un emploi plus commode, mais celle dont j'ai fait l'essai, dans un cas, ne m'a pas paru avoir la même activité.

Les difficultés du traitement de l'endométrite cervicale ne sont pas à nier. Ces difficultés sont en proportion de l'angustie, de la déviation du canal cervical — de la profondeur, de la multiplicité et du degré de division des glandes — sans compter la nature même des germes en cause, leurs alliances —, la constitution de la malade, c'est-à-dire le terrain —, les chances continuées ou renouvelées d'auto-intoxication ou de contamination exogène.

En fin de compte, pour obtenir la guérison, il faut : ou bien détruire la plus grande partie des glandes et stériliser les tissus qui serviront à les reconstituer, ou bien employer simplement des agents suffisamment actifs et qui les puissent pénétrer, de l'embouchure à la profondeur.

Pour le premier mode de traitement, celui qui a la prétention d'être radical, les caustiques étant à rejeter, pour des raisons que chacun sait, la plupart d'entre nous pratiquent actuellement l'évidement du col au bistouri ou avec des curettes spéciales, évidement qui doit être suivi de pansements soigneux et prolongés, et encore la réussite complète, c'est-à-dire la non récidive, même avec cette garantie, fait-elle parfois défaut. Je me suis cependant trop souvent bien trouvé de cette méthode, pour n'y avoir pas encore recours, dans les cas d'endocervicite rebelles au traitement topique ou liés à d'autres lésions justiciables du bistouri et de la chloroformisation.

Quant aux agents employés pour les pansements simples, sans intervention chirurgicale ; ils doivent être, je le répète, suffisamment actifs, non caustiques et très diffusibles. C'est dans cette vue que l'on a préconisé : l'électrolyse qui donne souvent de très bons résultats, les vapeurs de brôme (Nitot), les vapeurs d'eau bouillante, d'un emploi peu commode ou dangereux, etc. Parmi les topiques liquides, l'un des meilleurs est la créosote pure, hautement

préconisée par Doléris ; mais la créosote ne peut rien contre l'endocervicite à glaires épaisses.

Comment expliquer l'effet local des levures de bière ? Suivant a juste observation que m'a faite M. Calmette, il n'est pas possible de faire entrer en ligne de compte l'action phagocytaire, qui n'existe pas chez elles. Au reste, comme elles ne sont pas mobiles, il est peu probable qu'elles pénètrent dans les glandes. Ce que nous savons bien, c'est qu'elles respirent à la manière des végétaux, en dégageant d'énormes quantités d'acide carbonique et en absorbant de l'oxygène ; elles créent donc, dans les voies génitales, une atmosphère toxique pour tous les microbes aérobies.

PÉDIATRIE

—

TRAITEMENT DES ANGINES PSEUDO-MEMBRANEUSES ET DIPHTÉRITIQUES PHARYNGIENNES

Par les douches au phénate de soude (Phénol Bobeuf.)

Par le Dr Bonnefin.

Le 2 août 1880, notre collègue M. Roulin (1) ayant à soigner une fillette de 4 ans affectée d'une diphtérie pharyngienne grave appela en consultation son maître Bouchut, qui conseilla pour tout traitement de faire dans la gorge de l'enfant des injections renouvelées toutes les heures jour et nuit avec la solution suivante :

Phénate de soude (phénol Bobœuf)..... 3 cuillerées.
Eau..... 1 litre.

L'enfant était guérie le 18 août.

Encouragé par ce succès, M. Roulin appliqua exclusivement ce traitement d'août 1880 au 14 août 1887.

	Guérisons.	Décès	Mortalité
Angines pseudo-membraneuses.....	79		
Croups.....	3		
Entrés à l'hôpital, diphtéries.....	3	1	
N'ayant suivi qu'incomplètement le traitement.....	3	3	
De 1896 à avril 1898 diphtéries bactériolog. constatées.....	8		
Total.....	96	4	4,16 %

(1) Roulin. — Soc. de méd. et de chir. prat., 5 janvier 1888, juin et oct. 1898, avril 1899.

Le traitement n'ayant pas été complètement suivi dans les quatre décès que j'ai indiqués, la mortalité de 4,16 p. 100 est certainement exagérée. M. Roulin a prescrit comme traitement général le quinquina, les toniques et l'alimentation comme on le fait dans toute médication antidiphtérique.

Beaucoup de ces cas intitulés angines pseudo-membraneuses étaient de vraies diphtéries très graves, mais dont le diagnostic bactériologique n'était pas encore fait à l'époque de leur production. M. Roulin ne prétend pas guérir la diphtérie généralisée, ni la bronchite diphtérique ; mais seulement l'angine.

Angines diphtériques et pseudo-membraneuses. — Traitement de Gaucher.

M. Ernest Gaucher (1) croyait en 1879, comme le professaient Bretonneau, Trousseau, Bouchut et Gubler, pour ne citer que ceux-là, que la diphtérie est primitivement une maladie locale tandis que l'infection générale est secondaire. Il fallait donc l'attaquer au début par les moyens locaux suivants :

1° Ablation des fausses membranes au moyen du pinceau molletonné de Crésantignes ;

2° Cautérisation de celles-ci avec le topique suivant :

Camphre	20	grammes.
Huile de ricin	15	—
Alcool à 90°	10	—
Phénol absolu	5	—
Acide tartrique	1	—

3° Dix minutes après, irriguer fortement la gorge avec un ou deux litres d'eau phéniquée au 100e ou au 200e ou à l'eau bouillie, à l'aide d'un irrigateur Eguisier. Elles sont répétées toutes les 2 heures.

Surveiller les urines lorsqu'on emploie l'acide phénique.

La statistique personnelle de M. Gaucher lui a donné une mortalité globale d'environ 8 %, la moitié des décès se rapportent à des croups opérés.

M. Barbier a reproché à ce topique d'être trop irritant et de se répandre dans la gorge ; mais cela n'a pas lieu lorsqu'on fait ces attouchements sans trop dépasser les pseudo-membranes.

On objecta à cette médication qu'elle n'est pas applicable dans le croup d'emblée, puisque les pseudo-membranes ne sont pas accessibles ; mais le titre d'angine enlève toute portée à cette objection, et dans les croups d'emblée on doit recourir à d'autres médications.

M. Gaucher n'attache pas une extrême importance au diagnostic

(1) Dubousquet-Laborderie. Soc. de méd. prat., 3 janvier 1889, et communication, juin 1900.

bactériologique, car il est incontestable qu'un certain nombre d'angines à bacilles de Lœffler sont extrêmement bénignes et guérissent quelle que soit la médication qu'on leur oppose. Il considère comme diphtériques les angines à plaques blanches, épaisses, étalées, et comme angines herpétiques celles à exsudations grisâtres, pultacées, qu'elles contiennent ou non le bacille de Lœffler, dont la spécificité ne lui est pas démontrée.

M. Ruaut a proposé de substituer à l'acide phénique, l'acide sulforicinique ; mais celui-ci est de beaucoup plus toxique.

M. Dubousquet-Laborderie (1) a traité, de 1884 à fin juin 1900 :

117 angines pseudo-membraneuses ou diphtéries sur lesquelles 49 examens bactériologiques ont donné le bacille de Loëffler.

89 angines pseudo-membraneuses ou diphtéries traitées par la *méthode Gaucher*. 89 guérisons.

25 diphtéries (14 tubages et 1 trachéotomie). *Sérothérapie*. 22 guérisons, 3 décès, 12 % mortalité.

Il ne faut pas en conclure que notre collègue préfère le traitement de Gaucher, qu'il n'applique qu'aux enfants au-dessus de 5 ans et aux adultes en cas de croup, tandis qu'il traite par le sérum les petits enfants chez lesquels la diphtérie est plus grave. Deux des trois décès de la dernière statistique se sont produits chez des petits enfants injectés et tubés et une fois chez un enfant de 18 mois paraissant guéri, qui le 11e ou le 12e jour de l'injection de sérum, a succombé, soit à des accidents secondaires, soit au traitement sérothérapique.

M. de Crésantignes (2) a traité, de 1889 à 1894, par la méthode Gaucher, environ 70 angines pseudo-membraneuses ou diphtériques ; mais il n'en conserve que 40 sur lesquels l'examen bactériologique a donné le bacille de Loeffler.

Après avoir enlevé doucement les pseudo-membranes avec son pinceau molletonné, il fait toutes les heures ou toutes les deux heures, jour et nuit, des attouchements avec le topique de Gaucher, suivies d'irrigations ou de gargarismes avec décoction d'orge 150 gr., alun 10 gr., tannin 1 gr. ou avec un mélange à parties égales d'eau de laurier cerise et de miel rosat.

Sur 40 diphtéries, 39 guérisons, 1 décès, mortalité 2.50 % (2).

Je suis étonné qu'après un si beau succès M. de Crésantignes ait pu dire « qu'en analysant les documents du mémoire de M. « Roux (qui donne 26 % de mortalité) on n'a pas de peine à re- « connaître que la méthode sérumthérapique l'emporte de beau- « coup sur l'autre ».

Cet enthousiasme pour la sérothérapie me fait regretter que notre collègue ne nous ait pas donné la statistique des 30 cas d'an-

(1) Gaucher. — 1er mémoire, *Arch. de laryngolog.*, déc. 1887 ; *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 391, et *Gaz. des hôp.*, 20 oct. 1891.

(2) De Crésantignes.— Soc. méd. du VIIe arrond., 23 juillet 1889, et Soc. de méd. et de chir. prat., 25 octobre 1894.

gines pseudo-membraneuses qu'il a éliminés, parce que le diagnostic bactériologique n'a pas été fait. Cela nous eût fait connaître si le traitement de Gaucher a aussi bien réussi dans ces 30 cas que dans les 40 de sa statistique.

Traitement des angines pseudo-membraneuses par l'acide chromique.

M. Lescure (1) (médecin de l'hôpital d'Oran) a donné la statistique suivante : 54 angines pseudo-membraneuses ou diphtériques, dont 5 infectieuses 0 décès.

Il fait : 1° Une, deux ou trois fois par jour des attouchements des pseudo-membranes avec :

Acide chromique.....	2 grammes
Eau distillée.....	5 —

Ces attouchements doivent être faits par le médecin à cause de la toxicité de l'acide chromique.

2° Immédiatement après il lave l'arrière-gorge avec un gros pinceau imbibé d'une solution de coaltar saponiné au 5e, étendu de 4 parties d'eau.

3° Badigeonnages de la muqueuse environnante répétés 3 ou 4 fois par jour avec la mixture suivante :

Tannin.....	6 grammes
Glycérine.....	30

4° Prendre chaque jour trois cuillerées à soupe de la potion suivante :

Alcoolature d'Eucalyptus.....	3 à 10 grammes
Eau gommeuse.....	90 —
Sirop d'écorce d'orange amère.....	30 —

Dans les cas légers pris au début, une ou deux cautérisations suffisent. Dans les cas graves il faut y revenir à plusieurs fois.

M. Piedallu (2). *Iodure de potassium et biiodure de mercure.*

40 angines pseudo-membraneuses ou diphtériques. 0 décès.

1° Prendre toutes les deux heures une cuillerée à café ou à dessert, suivant l'âge de l'enfant, du sirop suivant :

Sirop simple 1.000 gram., iodure de potassium 50 gram., biiodure de mercure 0 gr. 50.

2° Enlever sans violence avec le dos d'une cuiller les fausses membranes, si elles tiennent peu et toucher la surface dénudée avec un tampon d'ouate hydrophile imbibée de liqueur de Van Swieten.

C'est souvent au bout de 48 heures, mais quelquefois seulement après deux ou trois jours, que les pseudo-membranes commencent à se détacher.

(1) Lescure. — *France médicale*, 13 janvier 1893.

(2) Piedallu. — Société thérapeutique, 1894, et Soc. méd., 7 mars 1893.

Régime lacté avec quelques aliments légers.

Faire vomir avec l'ipéca en cas d'embarras gastrique.

M. Larcher (1). *Traitement de la diphtérie par le pétrole brut.*

42 obs. de diphtéries traitées par badigeonnages avec le pétrole brut, 2 décès, mortalité, 4,75 %.

M. Flahaut (2) (de Rouen), badigeonnages avec le pétrole brut (huile de Gabian).

40 obs. de diph. bactériolog. confirmés, 0 décès.

M. Goubeau (3), *Sublimé et glycérine.* 21 observat. 0 décès.

M. Moizard (4), Même médication. 176 obs. ; décès 29 ; mortalité 16.76.

Ce résultat de la statistique de M. Moizard paraît très élevé comparativement aux observations précédentes ; mais je le trouve très remarquable relativement aux chiffres de 50 à 60 % de mortalité diphtérique que donnait en 1894 M. Strauss (5) dans les hôpitaux d'enfants, non par l'insuffisance du traitement, mais, comme je l'ai déjà dit, par l'encombrement et l'absence absolue des précautions antiseptiques.

Traitement de la diphtérie par l'emploi simultané du trichlorure d'iode et du sodoiodate de soude, du soufre et du perchlorure de fer.

Statistique du Dr Suédois N. Englund (6) (de Bake). 117 obs., 3 décès, mortalité 1,79 %.

Formule. Trichlorure d'iode.....	5	grammes.
Eau distillée.....	500	—
Saccharine.....	0,50	

Le malade se gargarisme dix fois par jour avec ce liquide étendu de dix parties d'eau. Après chaque gargarisme, insufflation dans le nez et dans la gorge d'une certaine quantité de la poudre suivante :

Sodoiodate de soude pulvérisé.....	5	grammes.
Soufre sublimé.....	15	—

Faire prendre en outre quatre fois par jour de 15 à 40 gouttes de teinture éthérée de perchlorure de fer.

M. Variot (7). *Traitement par la glycérine au sublimé à 1/30e.*

Dans les diphtéries légères, M. Variot applique un traitement antiseptique sur la pseudo-membrane et sur la région adjacente de la muqueuse pharyngée, sans essayer d'arracher les pseudo-membranes. Il fait en outre de fréquents lavages détersifs avec l'eau bouillie ou une faible solution d'acide borique. Pour les diphtéries graves, il emploie le sérum antidiphtérique, mais seu-

(1) Larcher. Acad. de méd. de Bruxelles, 27 janvier 1892.
(2) Flahaut (de Rouen). Journ. *Normandie md.*, mars 1893.
(3) Goubeau.
(4) Moizard, *loc. cit.*
(5) Strauss. Académie de méd., 16 octobre 1894.
(6) N. Englund (de Bake). *Semaine méd.*, 18 février 1894.
(7) Variot.

lement après avoir constaté la présence du bacille virulent de Loeffler.

Cette pratique me paraît plus prudente et plus sage que celle de MM. Marfan (1), Sevestre et Martin, et des professeurs Grancher Landouzy et Dieulafoy, faisant immédiatement l'injection de sérum, avant de connaître le résultat du diagnostic bactériologique. C'est ce que j'appelle la thérapeutique empirique des yeux fermés.

Si j'ai cité des résultats très remarquables du traitement de la diphtérie par diverses médications qui peuvent être employées en attendant la confirmation du diagnostic clinique par l'examen bactériologique, dont on doit suivre les indications, il ne faut pas en conclure que je les préfère à la sérothérapie, car presque toutes fatiguent les enfants par les cris et la terreur que leur causent les attouchements et irrigations si souvent répétées et si douloureuses, quoi qu'on en dise.

Je doute de l'exactitude de leur application stricte par les familles ou par les gardes, qui ne réveilleront pas leurs malades à heure fixe, lorsqu'après une journée de cris, de souffrances et d'angoisse, ils reposent d'un sommeil tranquille et réparateur. A quels moments pourrait-on les alimenter et administrer les divers médicaments prescrits ? Le médecin lui-même sera contraint à une surveillance constante de jour et de nuit. Comment fera-t-il pour s'y soustraire, malgré tout son dévouement, s'il a une clientèle quelque peu nombreuse ?

Avec le sérum, il prescrit la médication à suivre, fait l'injection, qu'il renouvelle le lendemain ou au bout de quelques jours s'il y a lieu, et ne voit le malade qu'aux heures à sa convenance. Tranquillité relative de l'enfant dont on ne trouble pas le sommeil par une médication intempestive. Enfin détachement plus prompt et plus facile de pseudo-membranes que par toute espèce de médication.

Les critiques que j'ai faites ne portent que sur l'abus que l'on a fait de la sérothérapie : 1° dans les angines pseudo-membraneuses de peu de gravité ; 2° dans les cas ou les injections sont faites avant le diagnostic bactériologique.

Je m'associe aux déclarations de M. le professeur Hutinel (2) qui considère le sérum antidiphtérique comme un remède merveilleux, qu'il emploie toutes les fois qu'il se trouve en présence d'une diphtérie de quelque gravité ; mais il s'en abstient quand une angine diphtéroïde d'apparence bénigne se développe chez un enfant portant de grosses amygdales et des végétations adénoïdes, à moins que l'examen ne révèle la présence de bacilles de Lœffler longs et nombreux ou que les fausses membranes ne s'étendent. »

(1) MARFAN. Soc. méd. des hôp., 23 juillet 1897.

(2) HUTINEL. Soc. méd. des hôp. et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 13 février 1896.

SUR LA DIGESTIBILITÉ DES DIFFÉRENTES SORTES DE LAIT

Par le Docteur Barbellion (1)

Les recherches poursuivies pendant plusieurs années par M. Crépin dans sa Chèvrerie de Vaugirard (2) nous ont appris que la composition du lait de chèvre présentait de grandes variations suivant les races. Chaque espèce donne d'ailleurs un lait de composition constante variant légèrement suivant l'époque de la lactation.

Le tableau suivant que nous a communiqué M. Crépin est suffisamment démonstratif.

D'après ces analyses, il est évident qu'il suffit de sélectionner les races caprines pour obtenir un lait dont la composition varie depuis celle du lait de femme jusqu'à celle du lait de vache le plus riche.

Les expériences que nous avons faites in vitro ont été signalées par M. Boissard, accoucheur à l'Hôpital Tenon (3), confirmées par ses observations cliniques ; elles ont été publiées dans la thèse inaugurale de M. Lefort (Thèse de Paris, 1900).

Nous avons fait trois séries d'expériences :

Ière Série. — Action des acides seule, puis associés à la pancréantine.

2e Série. — Action des acides associés à la papaïne, puis à la pancréatine.

3e Série. — Action de la gastérine.

De ces trois séries d'expériences, il résulte que :

1° — Il existe de grandes différences dans le mode de coagulation des différentes sortes de lait :

(a). — Le caillot du *lait de vache cru* forme un bloc compact, dense, rétractile et adhérent, ferme, se divisant par l'agitation en grumeaux peu solubles.

(b). — Le caillot du *lait de vache bouilli* présente les mêmes caractères que le précédent, mais ces caractères sont plus marqués, les grumeaux sont moins solubles.

(c). — Le caillot du *lait de vache stérilisé* est pris en masse moins compacte, moins dense, molle, se divisant par agitation en grumeaux assez solubles.

(d). — Le caillot du *lait de vache maternisé* est floconneux, presque homogène, très mou, très soluble.

(1) Communication faite à l'Académie de Médecine, séance du 10 juillet.
(2) H. Crépin. (*Bulletin de la Société d'acclimatation* — Mars 1899.)
(3) Docteur Boissard. (*Journal des Praticiens*, 30 Mai 1990.)

Analyses de laits de chèvre obtenus à l'Etablissement du Yal-Girard

	N° 1 Grosse chèvre des Pyrénées (lactation ancienne)	N° 2 Chèvre de Murcie (lactation ancienne)	N° 3 Chèvre de Murcie (lactation nouvelle)	N° 4 Chèvre suisse (lactation ancienne)	N° 5 Chèvre suisse (lactation nouvelle)	N° 6 Chèvre de Malte	N° 7 Lait provenant de 60 chèvres alpines	N° 8 Ensemble de la traite	N° 9 Mélange des laits n° 1 et n° 5 (par moitié)	N° 10 Mélange des laits n° 3 et n° 5 proportion de 3 à 2
Réaction	Neutre	Légèrement alcaline	Faiblement alcaline	Neutre	Faiblement alcaline			Neutre		
Densité	1031.5	1032.»	1030.»	1032.5	1027.»	1033.»	1025.3	1030.»	1030.»	1028.»
Résidu sec	139.75	128.75	129.»	115.5	100.»	146.5	102.5	132.5 par litre	120.»	111.6
Eau	891.»	903.»	901.»	917.»	926.»	» »	» »	897.5	908.»	916.»
Sels	7.50	7.50	7.20	8.»	6.»	8.10	7.45	7.85	7.»	6.48
Partie organique	132.22	121.25	121.80	107.»	94.5	» »	» »	124.65	113.36	105.42
Beurre	50.»	36.50	41.»	26.»	24.»	44.83	31.40	39.6	37.»	30.80
Sucre de lait	54.02	55.66	47.97	52.78	46.74	46.30	41.50	49.»	50.38	47.23
Caséine	27.80	28.40	31.33	28.»	22.76	36.62	24.10	34.5	25.50	26.18
Lactoprotéine et div.	0.43	0.68	1.50	0.72	1.»	» »	» »	1.55	0.70	1.20

(e). — Le caillot du *lait de chèvre alpine cru* forme de très petits flocons légers, mous, très friables et très solubles comme ceux du *lait de femme* et du lait d'ânesse.

(f). — Le caillot du *lait de chèvre de Murcie cru* présente les mêmes caractères que le précédent ; les flocons sont un peu moins ténus, mais ils sont très friables et très solubles.

Pour ces deux dernières sortes de lait la cuisson ne change rien à l'aspect du caillot, mais elle diminue sa solubilité.

2° — Le caillot du lait de femme, du lait d'ânesse, du lait de chèvre, du lait maternisé, après agitation, se précipite très lentement et incomplètement.

Le caillot du lait de vache cru, bouilli ou stérilisé se précipite très rapidement ; le sérum se sépare et redevient limpide immédiatement.

3° — Après agitation, les tubes étant laissés au repos pendant une heure et leur contenu versé sur une plaque noire inclinée : le lait maternisé et le lait de chèvre ne laissent sur la plaque aucun résidu, le liquide est homogène.

Au contraire, le lait de vache cru, bouilli et stérilisé laisse de nombreux grumeaux denses et opaques, assez volumineux ; le sérum limpide se sépare immédiatement et s'écoule, laissant les grumeaux sur la plaque.

4° — Soumis à l'action de la gastérine, le lait de femme, le lait d'ânesse et le lait de chèvre ont été digérés complètement en 20 heures, tandis que la digestion du lait de vache était très peu avancée.

5° — D'une manière générale la digestibilité du lait cru est plus grande que celle du lait bouilli ou stérilisé.

6° — La digestibilité du lait de chèvre cru ou bouilli est plus grande que celle du lait de vache cru, bouilli ou stérilisé.

Conclusions : Nos recherches nous paraissent montrer que le lait de chèvres sélectionnées est celui qui se rapproche le plus du lait de femme par sa composition et par sa digestibilité. L'analyse avait fait prévoir ce résultat, la clinique l'a confirmé (*Journal des Praticiens* — 30 mai 1900). Remarquons, en passant, que la tuberculose est exceptionnelle dans la race caprine, ce qui permet de faire usage du lait de chèvre à l'état cru. C'est ainsi que Boissard l'a donné avec succès à des nouveau-nés, à des nourrissons âgés de quelques mois, ainsi qu'à des enfants syphilitiques. D'ailleurs, pour se mettre à l'abri de toute cause de contagion, rien n'empêche de soumettre de temps en temps les chèvres à l'inoculation de la tuberculine.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LE GOMÉNOL

(Ch. Leroux et Pasteau.)

Le traitement a consisté en injections profondes dans la région fessière d'huile goménolée au cinquième aux doses variables de 5, 8 et 10 centimètres cubes, suivant les âges, dans la majorité des cas. Les injections doivent être quotidiennes. Dans trois observations les auteurs ont remplacé les injections par des lavements d'huile goménolée au cinquième et au demi, à la dose de 5 ou 10 centimètres cubes, soit 1 gramme : — 2 gr. 50 ou cinq grammes de produit actif.

L'injection n'est point ou peu douloureuse, la résorption se fait bien ; elle est quelquefois lente surtout quand la région est saturée. Elle ne provoque jamais de réaction fébrile. Les précautions antiseptiques habituelles ont été prises ; aussi n'y a-t-il eu, dans aucun cas, de complications locales à signaler.

La dose minima doit être injectée au début, et rapidement on monte à la dose active maxima. Jamais la dose de 10 centimètres cubes n'a été dépassée. Dans un cas où la première dose était trop élevée il y eut des vomissements de courte durée. Le goménol n'est point toxique, et jamais nous n'avons eu le moindre accident.

Influence sur les quintes. — Dès la première injection, l'influence sédative est manifeste ; elle est d'autant plus accentuée que le nombre des quintes est plus élevé. Dans certains cas on observe, après les premières injections, non seulement une diminution dans le nombre, mais aussi dans l'intensité et la durée des quintes. Les vomissements cessent souvent à partir de la troisième ou quatrième injection.

Dans d'autres observations alors que le nombre des quintes est peu élevé, mais dans lesquelles l'intensité et la durée de ces quintes est considérable, les premières injections ne semblent modifier ni la durée ni l'intensité des quintes, puis, subitement, il se produit une chute de la courbe et la maladie suit alors la marche régulièrement décroissante observée dans tous les cas.

Enfin, dans quelques observations, alors que le nombre des quintes diminue progressivement à chaque injection, les quintes conservent leur même intensité et sont de même durée jusqu'à eur disparition totale.

La suspension prématurée du traitement ramène les quintes. Le nombre des quintes augmente chaque fois qu'on cesse les injections, en général le jour même, quelquefois le lendemain de la

suppression, malgré une nouvelle injection. Quand les injections sont suspendues pendant plusieurs jours, de suite le nombre des quintes suit une marche ascendante jusqu'au jour où les injections sont reprises.

Si l'on supprime les injections dans les premiers jours du traitement, il est commun de voir la courbe des quintes remonter au niveau initial du début du traitement. Le même fait se reproduit, mais avec moins de netteté, si on cesse les injections avant la disparition total des quintes, et la coqueluche évolue alors suivant sa marche ordinaire. Il est donc indiqué de prolonger le traitement pendant quelques jours après la cessation de toute quinte vraie.

Influence sur les symptômes secondaires et les complications. — La bronchite et la toux sont également modifiées, mais ces symptômes secondaires persistent pendant 10 à 15 jours après la disparition des quintes.

Il est, de plus, utile de signaler l'absence totale du fait des injections, de réaction du côté des poumons, et particulièrement l'absence de congestion pulmonaire, d'hémoptysie, etc. Quant à l'action du goménol sur les complications inflammatoires, particulièrement sur la broncho-pneumonie, nous resterons sur la réserve ; les malades que nous avons soignés en étaient pour la plupart exempts.

Cependant, dans deux cas où les enfants âgés de 1 à 2 ans ont été apportés avec une coqueluche nettement caractérisée et compliquée de bronchite aiguë avec foyers de bronchite capillaire et température assez élevée, MM. Leroux et Pastaux ont essayé prudemment l'effet du goménol. Dans ces deux cas, les injections faites régulièrement ont produit la même régularité dans l'abaissement du nombre des quintes, mais sans notable modification des complications pulmonaires qui ont suivi leur marche normale, et les enfants ont parfaitement guéri.

Le mémoire publié dans le *Bulletin médical* est appuyé sur 18 observations publiées : leur travail ne s'appliquent qu'aux coqueluches simples, exemptes de complications inflammatoires.

Voici les CONCLUSIONS GÉNÉRALES par lesquelles se termine la publication de MM. Leroux et Pasteau :

A. *Conclusions cliniques.* — 1° Les injections d'huile chargée de goménol, faites au début ou dans le cours de la période des quintes de la coqueluche, sont rapidement suivies d'une diminution progressive dans le nombre de ces quintes. Leur intensité et leur durée subissent ordinairement la même atténuation, mais d'une façon moins constante et moins uniforme. Il en est de même des vomissements.

La bronchite secondaire et la toux qui l'accompagne persistent ordinairement pendant 10 à 15 jours après la cessation des quintes.

1° La durée totale de la coqueluche est très notablement abré-

gée. La période des quintes, sur 40 cas, a eu une durée minima de 6 jours et une durée moyenne de 12 à 15 jours, à partir du début du traitement.

B. *Conclusions thérapeutiques.* — 1° Les injections profondes doivent être faites chaque soir, sans interruption,

2° Le traitement doit être prolongé pendant 4 à 5 jours au moins après la disparition totale de la dernière quinte vraie ;

3° Les doses varient suivant l'âge et suivant le mode de traitement. Il faut commencer par les doses minima ; nous donnons ici les doses maxima injectées. En injections, il faut employer l'huile gomenolée au 1/5e :

De 1 à 2 ans : 3 à 5 cent. cubes ;

De 2 à 3 ans : 7 à 8 cent. cubes. (*Bulletin médical*, 1900, p. 545.

VARIÉTÉS

LA FEMME D'UN HORLOGER OU L'UTÉRUS RÉCALCITRANT

Conte Arabe.

Sous le règne d'Haroun-al-Raschid, il y avait à Bagdad un horloger fameux du nom d'Ibrahim qui remontait toutes les pendules de la cour et avait conquis, du reste, une réputation universelle depuis la montre célèbre qu'il avait fabriquée pour le Sultan et que celui-ci avait envoyée à son grand ami l'illustre mérovingien Charlemagne. Cette montre avait fait l'ébahissement de la cour franque et cette merveille de mécanisme avait répandu dans le monde sélect le nom d'Ibrahim, avec une telle profusion, que l'histoire l'a enregistré à l'égal des plus grand conquérants. Ce qui me permet de le servir aujourd'hui en grande pompe à mes lecteurs et de leur narrer en même temps un des épisodes les plus singuliers de sa vie conjugale.

Ibrahim avait pour épouse la plus jolie femme de tout l'empire ottoman ; mais, comme caractère, c'était bien la plus sale femelle de tout le Califat. Cet honorable horloger, qui imprimait le mouvement à toutes les pendules de l'empire, était obligé de battre en retraite devant les gesticulations désordonnées de son admirable conjointe quand il refusait d'accéder à ses désirs exorbitants ou qu'il se permettait de résister aux grands ressorts de ce mécanisme impérieux. Mélancolique et pleureuse, quand le ciel devenait nébuleux, irascible dans une atmosphère électrique, orgueilleuse toujours comme si elle était sortie de la cuisse de Mahomet et par conséquent susceptible comme une princesse du sang, maussade le jour, hargneuse la nuit, dédaigneuse de l'artiste que les splendeurs du mouvement et une fortune colossale lui avaient fait accepter, elle représentait le type le plus achevé de ces glorieuses pécores de province qui semblent avoir rajeuni la fameuse formule de Siéyès : le mari, qu'est-il ?.. tout ! que doit-il être ? rien ! C'était justement ce qu'allait réaliser ce glorieux représentant de l'horlogerie, quand le docteur Fumistopoulos, ami intime du mari et confident de ses douleurs secrètes, borgne, boiteux des deux côtés comme la justice d'Al-Raschid, la figure trouée par la petite vérole comme un

tamis à passer du sucre, chirurgien ordinaire de la maison, fit un effort colossal sur ses deux moignons et, poussant le fameux euréka d'Archimède, apparut tout à coup dans la vingt-cinquième circonvolution, non loin du célèbre pied d'Hippocampe, se rendit dare dare chez Ibrahim et lui révéla toutes les scélératesses de l'hystérie symptomatique dont était atteinte la malheureuse à laquelle il avait donné sa main, et les trois enfants dont il était, de par l'ordre d'icelle, le gouvernant assidu et le torcheur à giorno. — Ibrahim eut un soupir de satisfaction ! Son ami plaidait non coupable et allait enfin marcher à l'ennemi, armé du spéculum à trente valves — la plus grande pensée du règne, auquel cependant Fumistopoulos avait trouvé moyen d'ajouter un trente et unième élément dilatateur, afin de pouvoir lui donner son nom. C'est même cette addition et probablement aussi les malheurs d'une naissance mal équilibrée qui lui valurent plus tard du Sultan l'honneur insigne d'être décoré de l'ordre des culs-de-jatte — ordre très apprécié dans tout l'empire à une époque évidemment où la civilisation battait son plein, puisqu'on y portait les araignées en sautoir et les crapauds en bandoulière.

La mise en demeure fut difficile ; mais enfin la belle horlogère accepta ce système d'équilibre instable qui consiste à s'asseoir sur le rebord d'un sopha et à écarter les cuisses comme une écuyère du cirque, pour la plus grande édification scientifique du praticien distingué qui avait exigé ce prélude d'équitation pour mieux s'assurer de la nature du monstre qui faisait le désespoir de son ami intime et lui faisait endurer septante fois sept fois dans les vingt-quatre heures les plus jolis coups de babouche dans le derrière qu'il ait jamais été donné au plus glorieux marabout d'encaisser.

La découverte fut horrifique. L'utérus ou plutôt le monstre qui habitait dans une enceinte si convoitée par tous les princes du sang et les plus grands dignitaires de la cour — était de ceux dont Pajot — quinze cents ans plus tard, devait dire dans un des cours qui l'ont le plus immortalisé : « J'en vis un, Messieurs, qui n'avait pas figure humaine.»

Effectivement cette poire auguste se terminait par un col qui louchait horriblement et finissait par un épouvantable ectropion. Le malheureux Fumistopoulos, qui n'avait jamais été regardé de cette façon, en laissa presque tomber son spéculum à trente et une branches et ne voulant pas endosser les conséquences du mauvais œil qu'il se sentait incapable de conjurer, fit appel immédiatement à tout le ban et l'arrière-ban des spécialistes les plus illustres de la capitale. Il en vint une trentaine environ — tous plus spécialisés les uns que les autres — également remarquables par les portraits qu'ils avaient fait installer à toutes les vitrines des plus beaux magasins de Bagdad. — Du reste, en dehors de cette manifestation, qui évidemment n'avait rien de public, ils ne pratiquaient aucune manœuvre de diffusion et ils se fussent crus déshonorés à perpétuité s'ils avaient mis leur nom au-dessus de la sonnette de leur cabinet. Parmi ces gens modestes et répandus malgré eux, il y en avait cinq surtout qui faisaient prime — un entre autres dont la spécialité consistait à réparer les erreurs du vestibule et à tenir dans un état irréprochable le capuchon du clitoris.

Le célèbre Effendi, un de ses rivaux incontestés, partant de cet aphorisme que tout est dans l'œuf, s'était localisé dans l'ovaire et avait publié toute une bibliothèque sur les maladies des ovules dont il avait

établi quatre ou cinq cents variétés au moins séparées les uns des autres par la dix millionième partie du quart... du poil, vous m'entendez bien. Il ouvrait tous les mois deux ou trois cents ventres pour enlever le corps du délit du volume d'un pépin environ, refermait par trois sutures majestueuses, et si la femme avait le bonheur d'être hystérique, elle était guérie radicalement. Il avait gagné ainsi plusieurs centaines de millions, dans des manœuvres opératoires évidemment indispensables et plusieurs milliers de femmes ouvertes et recousues pour cette extirpation microscopique lui devaient incontestablement le salut.

J'en passe et des meilleurs. Je dois pourtant signaler à mes lecteurs la grande figure de Zéphyrin Pacha, le plus grand syphiliographe de l'Arabie malheureuse qui s'était confiné uniquement dans l'extirpation des crêtes de coq. Les mœurs de l'horloger n'étant pas suffisamment connues et les habitudes ottomanes l'étant trop, on l'avait appelé en cas d'incident.

Fumistopoulos, très farceur de sa nature, ayant constaté un ectropion n'avait pas manqué de faire entrer un oculiste dans la conjuration des trente et c'était au célèbre Abou-Beckar Leliniska, qu'il avait songé en raison de son habileté peu commune pour l'extirpation des cataractes demi-molles.

Il n'aurait pas touché aux autres pour toutes les éditions du Coran, et les confrères qui se partageaient les cataractes dures, noires et vertes, lui auraient fait un mauvais parti s'il était sorti des frontières que lui imposaient la correction confraternelle et les limites de la densité. Quand le cénacle fut au complet, que les trente représentants d'une science, d'autant plus sûre qu'elle se trouvait plus divisée eurent été présentés avec toutes les solennités dues à la fortune à cette merveille de l'horlogerie dont l'intempérance musculaire marquait si terriblement les heures dans l'assiette résignée du malheureux Ibrahim, et que après avoir palpé et repalpé sous toutes ses faces la moitié presque intangible de l'auguste mécanicien, chacun d'eux eut émis un avis motivé d'autant plus intéressant qu'il n'y en avait pas un qui se ressemblât, et que ce que l'un attribuait au derrière avec conviction, l'autre le logeait dans le nez avec non moins d'énergie, le célèbre Barbancu prit la parole. Barbancu, que je n'ai pas encore présenté à mes lecteurs et que je réservais pour la bonne bouche, était un praticien célèbre dont le nom a fait époque dans la science par son euphonisme d'abord, mais surtout par ses extirpations vertigineuses de la trompe droite. Ce qui l'avait fait appeler jusque dans les Indes, cette terre classique du calembourg (vous revenez d'Inde) auprès de l'éléphant sacré en passe d'une tumeur évidemment éléphantiasique de l'appendice cher à Barbancu.

Barbancu qui avait déjà le pressentiment des chemins de fer, n'y alla pas par trente-six rails et débarrassa le sacré éléphant de son prolongement tentaculaire, juste à l'endroit, comme on dit dans la « Jérusalem moins délivrée que jamais » où finit l'orbite et commence le nez. Seulement comme il avait oublié de mettre dans son fourgon aux bagages la fameuse pince angiotribe que devait retrouver quinze cent quatre-vingt-trois ans plus tard le prince de la science auquel le vingtième siècle doit la chirurgie au champagne et au cinématographe, sans arrière-pensée, du reste, de publicité, il en résulta

une de ces hémorrhagies qui ont dû donner leur nom à la mer Rouge, hémorrhagie qui conduisit le malheureux éléphant, complètement détrompé, du reste, dans un endroit qui n'était pas précisément les bords du Gange, et que ses confrères Hindous, absolument malheureux de l'échec d'un exotique, eurent la bonté de nous faire connaître par l'entremise des historiens de sa gloire sous le nom Auguste de Nirvana. Le fameux opérateur des trompes empoigna à la suite de ce fait d'armes une de ces conduites inédites que l'histoire a enregistrées depuis sous le nom de Grenoble — qui l'emmena dare dare jusqu'à Bagdad où son aventure de chirurgie comparée eut un succès fou, dans tous les salons de la capitale. Le sultan, émerveillé lui-même d'une si brillante initiative, le nomma chirurgien de son harem — créa expressément pour lui l'ordre de l'éléphant sacré et alla dans son enthousiasme jusqu'à lui demander s'il voulait bien pousser la bonté jusqu'à le débarrasser d'un testicule qui le gênait dans sa dignité de Commandeur des Croyants. Cette fois il n'y eut pas d'hémorrhagie, ce qui aurait conduit infailliblement Barbancu à prendre un mauvais café — et l'opération, prestement enlevée, se termina par un fait de génie, inspiré évidemment par la pensée de l'ordre de l'Eléphant sans trompe qui lui avait été octroyé si magnifiquement. Il eut l'idée extraordinaire d'introduire à la place du testicule enlevé une boule d'ivoire aseptisée qui fit le ravissement de toutes les dames du harem — et que les progressistes du vingtième siècle se figurent modestement avoir inventée en l'an 1898 de l'ère chrétienne. — Barbancu prit donc la parole, résuma les débats en sa qualité de doyen des trente spécialistes convoqués ; regretta amèrement qu'on n'eût pas fait appel à une centaine d'autres praticiens non moins spécialisés dont l'appoint eût été nécessaire dans un cas si délicat ; compara avec un grand talent les trente opinions différentes émises ; parla des influences terribles exercées sur l'utérus par le nez, les oreilles, le cuir chevelu, le diastasis des ligaments jaunes, n'oublia pas les sympathies extraordinaires existant entre la couleur de l'iris et l'ectropion utérin, appuya avec énergie, en raison de sa spécialité sur l'état lamentable de la trompe droite de l'horlogère et proposa en conséquence, de lui ouvrir le ventre en cinq sec. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

L'anesthésie par l'éther en obstétrique. — Dans tous les cas où il s'agit d'intervenir chez des femmes dont l'organisme a été affaibli par des hémorragies plus ou moins abondantes, M. Demelin, conseille de remplacer le chloroforme par l'éther, qui a l'avantage d'exercer une action tonique sur le cœur, d'éviter le choc opératoire, de supprimer d'une façon presque absolue les vomissements et d'agir sur les reins d'une façon bien moins nuisible que le chloroforme.

Les principales indications de l'anesthésie par l'éther dans les interventions obstétricales sont fournie par *l'insertion vicieuse* du placenta avec les opérations qu'elle commande ; par les *hémorragies internes* dues au décollement du placenta anormalement inséré ou à la rupture d'une grossesse extra-utérine ou à la déchirure de l'utérus pendant le travail ; par les *hémorragies* de l'avortement ou de la môle hydatiforme ; par *l'évacuation* et le *nettoyage* de l'utérus, exécuté, soit avec le doigt, soit avec les instruments.

A côté des hémorragies, il est encore une autre indication de l'éther dans

es accouchements : c'est lorsqu'on a affaire à une femme *cardiaque*. Chez les femmes qui sont gravement atteintes, auxquelles on veut notamment éviter les efforts expulsifs avec la syncope cardiaque et la mort subite qui peuvent en résulter, l'éther pourra rendre de grands services.

Il va de soi que l'éther est *contre-indiqué* chez les femmes prédisposées aux congestions pulmonaires.

Quant à la technique de l'éthérisation, pour laquelle on emploie ordinairement des masques spéciaux, M. Demelin s'est servi plusieurs fois d'un appareil fort simple, instantanément improvisé. Avec trois ou quatre compresses longuettes ou mouchoirs un peu épais, on fabrique un cornet dont on maintient la forme avec des épingles ou quelques points cousus. L'évaporation est évitée en entourant le cornet d'un morceau de taffetas gommé, fixé à la compresse extérieure. Au fond du cornet; on peut encore adapter un bourdonnet de coton hydrophile destiné à s'imbiber d'éther. On utilise alors cet appareil comme le chloroforme. Il faudra seulement avoir une provision suffisante d'éther sulfurique, 200 grammes environ.

La naphtaline dans les endométrites post-puerpérales. — La naphtaline à laquelle on recourt en chirurgie, dans les cas de plaies putrides ou diphtéroïdes, est un bactéricide très énergique, tout en n'étant nullement toxique. M. Kirzner s'en sert également dans les endométrites post-puerpérales. Voici comment il procède.

Une longue bandelette de gaze iodoformée (à 3 0/0) est trempée dans de l'ichtyol glycériné (1 : 8), puis exprimée et saupoudrée abondamment de naphtaline finement pulvérisée. Après avoir nettoyé la cavité utérine avec des tampons secs ou après avoir fait le curettage, s'il y a rétention des parties de l'œuf ou de ses annexes, on fait un tamponnement de la cavité avec la bande de gaze naphtalinée qu'on laisse en place six à douze heures. Deux ou trois heures après qu'on a enlevé le tampon, la température tombe à la normale, les sécrétions se modifient et deviennent inodores et la guérison ne tarde pas. Si le premier tamponnement n'amène pas un abaissement de la température, on en fait douze heures après un second.

Bien entendu, ce traitement ne peut être efficace que tant que l'économie tout entière n'est pas infectée.

Influence de l'alcool sur la sécrétion lactée. — L'alcool peut influencer de deux manières la sécrétion lactée : en agissant sur la sécrétion des éléments normaux, et en passant lui-même dans le lait. En 1882 Stumpf avait cherché à savoir si l'alcool agit sur les éléments normaux du lait en donnant à des chèvres de la bière et de l'eau alcoolisée. Avec l'alcool pur la quantité de lait reste presque la même et le sucre et l'albumine ne présentaient que des variations insignifiantes. Au contraire l'élément gras, le beurre augmenta dans une proportion considérable de 4 à 5 et même 5,71. De 26 gr. 5 de beurre donné par jour, la quantité s'éleva à 30,9 pendant la période de l'emploi de l'alcool. Par contre, l'usage de la bière n'entraîna aucune modification essentielle. Ce résultat donné par l'alcool était conforme à ce que l'on savait déjà de l'influence de ce liquide sur la nutrition. L'alcool est brûlé et sert de moyen d'épargne à d'autres substances. On sait aussi que l'alcool, au moins chez l'homme, n'est pas un moyen d'épargne pour les albumines, mais seulement pour les matières ternaires, la graisse. Les réserves graisseuses dues à l'emploi de l'alcool passeraient ainsi dans le lait. Cependant les expériences de Stumpf n'étaient pas à l'abri de toute objection, car ses chèvres étaient en même temps soumises à une alimentation abondante. Rosemann vient de reprendre ces expériences sur des vaches auxquelles il donne par jour de 300 à 600 c. c. d'alcool à 96. Pendant la période d'augmentation de ce régime alcoolique de 300 à 600 c. c., on ne remarque pas de modification essentielle sur la période précédente, les quantitées considérables d'alcool introduites pendant cette période n'ont pas d'influence sur la sécrétion lactée. Dans la deuxième période de 600 c. c. d'alcool, puis de décroissance jusqu'à 300 c. c., la quantité de lait tombe considérablement ainsi que les valeurs pour le sucre et la graisse. Mais cette diminution de la quantité du lait et de ses éléments doit être attribuée non pas aux hautes doses d'alcool, mais à la diminution de la quantité d'aliments. Dans la troisième et la quatrième période, alors qu'on donne 300 c. c. d'alcool par jour d'une façon continue, la sécrétion lactée redevient normale comme quantité et comme composition ; elle reste encore la même, si on cesse l'expérience. D'après Rosemann l'action avantageuse attribuée à l'alcool sur le lait est donc douteuse. On ne re-

commandera pas aux nourrices habituées à l'alcool de cesser complètement l'usage de ce liquide, parce que l'alimentation devenant insuffisante pourrait retentir sur la composition du lait et, d'un autre côté, on se gardera de prescrire de l'alcool aux nourrices qui n'y sont pas habituées.

Quant au passage de l'alcool dans le lait, il est nul si les quantités d'alcool administrées sont faibles ; si les doses sont fortes, le lait peut contenir 0,2 à 0,6 % de la quantité d'alcool ingérée. L'épithelium de la glande mammaire possède donc la faculté d'arrêter l'alcool au passage comme beaucoup d'autres substances : c'est ce qui explique comment dans la classe ouvrière, bon nombre de femmes alcooliques nourrissent des enfants sains.

L'allaitement maternel. — Blacker a recherché parmi les femmes de l'hôpital d'University College combien de mères dans la population pauvre de Londres étaient capables d'allaiter leur enfant. Pour les besoins de son enquête, il a admis comme ayant nourri leur enfant les femmes qui avaient donné le sein pendant sept mois au moins.

Sur 1,000 femmes, 39 seulement n'avaient jamais allaité ; 961 avaient donné le sein à quelques-uns ou à tous leurs enfants.

747 avaient allaité tous leurs enfants ; 214 n'en avaient allaité que quelques-uns.

Ces 214 femmes avaient eu 1,572 enfants, dont 986 ont été nourris au sein et 586 ont été nourris artificiellement.

L'auteur a soumis à une analyse minutieuse les 266 raisons invoquées par les 214 mères pour ne pas donner le sein à leur enfant. Dans 44 cas, cela leur fut interdit ou bien elles ne le voulurent pas. Dans 14, la mère était obligée de travailler. Dans 85, le lait se tarit au bout d'un temps variable. Dans 92, le lait fut insuffisant dès les premiers jours.

Sur les 39 femmes qui n'ont jamais allaité, la raison fut dans 24 cas seulement, l'absence totale de lait, et sur ces 24 cas, 13 étaient des primipares et 11 des multipares.

Backer conclut que ce fait que 11 multipares seulement sur 1,000 ont été incapables de nourrir leur enfant par défaut de lait, tend à confirmer cette opinion que, dans la population pauvre de Londres, l'insuffisance mammaire doit être regardée comme absolument exceptionnelle.

Traitement du coryza des nouveau-nés. — Stern recommande la manière de faire suivante : On enduit le dos et les côtés du nez du petit malade avec un onguent contenant 3 parties d'huile de terpine dans 10 parties de vaseline. Dans chaque narine on introduit quelques gouttes d'eau d'une solution de salicylate de soude à 2 % et quelques gouttes de glycérine. Il se produit un accroissement de la sécrétion nasale, que l'on enlève en introduisant dans les narines un cathéter élastique de 10 à 12 centimètres de long. D'après l'état de la respiration, on répète l'opération plusieurs fois par jour. Dans le coryza syphilitique, il faut utiliser le traitement spécifique et faire des injections nasales à l'aide d'une solution de Van Swieten étendue :

Bichlorure de mercure..... 0 gr. 10
Spiz-Vini..... 100 gr.

Puis on peut appliquer sur la muqueuse nasale un onguent à la vaseline et au calomel (0,2 : 30,0).

Traitement de la constipation par le beurre. — Doerffler recommande l'emploi de deux à trois cuillerées de beurre frais à prendre en nature. Il a obtenu d'excellents résultats au moyen de ce simple traitement, surtout chez les enfants.

Filles ou garçons à volonté. — Mme ou Mlle Griffith Davis — c'est une Américaine — reconnaît dans le cycle des vingt jours de la vie menstruelle trois phases pendant chacune desquelles la susceptibilité à l'imprégnation varie pour le sexe à procréer. Ainsi, à dater de trois jours avant la menstruation, jusqu'à huit jours après celle-ci, il ne se formerait que des filles ; du dixième au quinzième jour après les règles, il ne se créerait que des garçons. Le neuvième jour serait « neutre », et le résultat de la fécondation alors incertain. Pendant cette période intermédiaire neutre, on pourrait avoir des jumeaux de sexe différent ; ou si une fille est procréée, elle aura des caractères masculins — une garçonnière ; si un garçon vient à se former, il sera efféminé. L'époque de l'immunité — encore un point social important — serait du quinzième jour après la menstruation jusqu'au troisième qui précède l'époque attendue. Pendant l'époque menstruelle, dit la doctoresse, les vibrations seraient plus élevées, plus vigoureuses chez la femme, et elle engendrerait des filles. (*Nouveaux remèdes.*)

Traitement de l'anémie des nourrissons.

(COMBY.)

Lorsque l'anémie est d'origine alimentaire il faut avant tout réglementer les repas, diminuer souvent la quantité du lait, et préciser le régime de la façon la plus minutieuse.

Comme médicaments pharmaceutiques, peu de chose. Cependant, il faut se rappeler qu'il y a habituellement de la dyspepsie atonique, de la constipation, de l'anorexie, etc. On prescrit alors des alcalins, de la strychnine, de la magnésie, etc. On y ajoute un peu de fer quand l'anémie est très prononcée.

Voici quelques formules :

Bicarbonate de soude.....	0 gr. 25
Magnésie calcinée.....	0 gr. 20
Poudre de cannelle.....	0 gr. 15
Protoxalate de fer..... } Poudre de noix vomique.. }	àà 1 cent

Pour un paquet, n° 20. En prendre deux par jour dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée pendant dix jours (enfant de deux ans).

Bicarbonate de soude.....	0 gr. 20
Salicylate neutre de bismuth ... . } Benzonaphtol..... }	àà 0 gr. 15
Protoxalate de fer	1 cent.

Pour un paquet, n° 15. En prendre trois fois par jour (enfant de quinze mois ayant de l'anémie dyspeptique avec diarrhée et selles fétides).

Bicarbonate de soude.....	0 gr. 20
Craie préparée.....	0 gr. 15
Pepsine.....	0 gr. 10
Poudre de semences d'anis.	0 gr. 05
Poudre de noix vomique...	5 mil.

Pour un paquet, n° 14. En prendre deux par jour (enfant de 15 à 18 mois).

Traitement médical de l'aménorrhée.

(LUTAUD.)

On conseillera les exercices physiques, la gymnastique, l'hydrothérapie, les bains chlorurés (Salins-du-Jura, Salins-Moutiers) et tous les moyens généraux de nature à relever l'organisme.

J'ai employé avec succès le mercure associé à l'arsenic, à la strychnine et au fer :

Bichlorure de mercure. } Arséniate de soude.... } Sulfate de strychnine.. }	àà 5 centig.
Carbonate de potasse.. } Sulfate de fer..... }	àà 2 gram.

Pour 60 pilules.

Une au commencement de chaque repas.

Dans d'autres cas, lorsque l'estomac est trop fatigué pour supporter l'hydrargyre, je le remplace par le manganèse, qui est un bon stimulant de la fonction utérine :

Arséniate de fer.....	10 centigr.
Extrait de noix vomique	1 gram.
Sulfate de manganèse..	5 gram.

Pour 60 pilules.

Une pilule avant chacun des deux principaux repas.

Lorsque la femme aménorrhéique est constipée, ce qui est fréquent, j'associe à ces formules de l'aloès, qui a en même temps des propriétés emménagogues.

Je prescris :

Carbonate de fer..... } Gomme ammoniaque... } Aloès socotrin..... }	àà 5 gram.
Sirop d'absinthe.....	Q. s.

pour faire 50 pilules.

Une avant chacun des deux principaux repas.

Lorsque l'aménorrhée coïncide avec l'obésité, il faut insister sur les purgatifs associés avec les emménagogues. Voici deux bonnes formules qui conviennent surtout chez les femmes qui ont encore le molimen menstruel, mais chez lesquelles la menstruation est insuffisante :

Aloès socotrin.....	1 gramme.
Rue..... } Sabine..... } Safran ..... }	àà 50 centigr.

pour 10 cachets.

Un avant chaque repas, ou :

Eau distillée.....	120 gr.
Sirop de safran.....	30 —
Huile essentielle de rue... } Huile essentielle de sabine }	àà X gtt.

Une cuillerée à soupe trois fois par jour pendant la période correspondant au molimen menstruel.

Les préparations d'armoise, si populaires, méritent d'être essayées. Je donne la préférence à l'infusion (5 grammes de feuilles pour un demi-litre) ou un lavement (20 grammes pour 500 grammes).

Enfin il importe, chez les femmes aménorrhéiques, de pratiquer fréquemment le cathétérisme utérin.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

—

TABLEAU DES SYMPTOMES PRÉCOCES DES INFECTIONS PUERPÉRALES

Par le Dr Ferré,
directeur de la Maternité de Pau.

Depuis que des faits, chaque jour plus nombreux, ont démontré la possibilité d'enrayer, par une thérapeutique intra-utérine énergique, la marche des infections puerpérales, la connaissance des symptômes précoces de ces infections a pris une importance primordiale.

C'est, qu'en effet, le succès de l'intervention intra utérine est d'autant plus assuré que celle-ci est plus précoce.

C'est là une vérité aujourd'hui banale. Aussi les cliniciens se sont-ils appliqués de plus en plus à dépister les moindres symptômes d'infection commençante.

Il a été dès lors facile de constater que les anciennes descriptions de l'infection puerpérale n'étaient pas entièrement exactes, du moins en ce qui concerne les premières heures de l'invasion microbienne, et que la symptomatologie de cette première période, si importante à connaître aujourd'hui, avait été à peu près complètement négligée.

La conception de l'éclosion brusque des symptômes intenses de l'infection, après une période d'incubation silencieuse plus ou moins longue, a été générale jusqu'à ces derniers temps.

Les faits observés d'une façon complète démontrent que cette conception est inexacte, et que, dans la période dite d'incubation, on peut, dans la majorité des cas, constater déjà des symptômes importants malgré leur forme atténuée.

Peut-être cette forme de symptômes en question est-elle due, dans certains cas, à ce que l'antisepsie, diminuant la virulence des agents de l'infection, en modifie la marche et réduit à leur minimum les symptômes du début de la maladie.

Mais dans les cas nombreux, trop nombreux encore, où il n'est pratiqué d'antisepsie d'aucune sorte, les mêmes symptômes précoces se montrent avec les mêmes caractères atténuées au début. Cette période préparatoire d'accidents plus intenses est seulement plus courte, en général, que dans les cas où l'antisepsie est intervenue.

En un mot, il n'est plus permis d'admettre, comme ordinaire, une explosion subite de l'infection consistant en grands frissons, hautes températures, douleurs vives, locales, etc.

Il y a toujours, à cet orage infectieux, une période préparatoire plus ou moins insidieuse, mais que révéleront à l'observateur attentif des symptômes parfaitement appréciables.

Et cependant, les auteurs de traités spéciaux continuent, en très grande majorité, à décrire la symptomatologie des infections puerpérales comme s'il ne s'était accompli aucun progrès dans la connaissance de ces maladies.

Ces considérations sont, semble-t-il, suffisantes pour justifier une division de la symptomatologie des infections puerpérales en symptômes *précoces* et symptômes tardifs, et aussi le présent tableau des premiers, les plus importants de beaucoup en pratique.

Par symptômes précoces, il faut entendre ceux qui se produisent soit pendant le travail, soit pendant les premières heures qui suivent l'accouchement.

Ceux-ci, dans bon nombre de cas, et pendant une durée variant le plus souvent de un à trois jours, quelquefois plus longtemps, se révèlent à l'état de manifestations tellement minimes que leur importance pourrait paraître négligeable à tout esprit non prévenu.

Les plus constants et les plus précoces de ces symptômes sont: les élévations de température, l'accélération du pouls, l'insomnie relative ou absolue.

Elévations de température. — Il s'agit de petites élévations de température (37°,7 à 38°,1 ou 38°,2 dans l'aisselle) se produisant le plus souvent une fois par jour, dans certains cas deux fois par jour, fréquemment le soir, quelquefois vers midi, rarement le matin et souvent séparées les unes des autres par des températures basses.

Ce symptôme se produit fréquemment sans que rien attire l'attention sur la malade.

La température peut même s'élever plus haut sans que l'état général de la malade soit troublé, tellement que, si les températures n'étaient pas prises avec soin, rien ne pourrait faire penser à une chose aussi grave qu'une infection commençante.

A cette période la défervescence du matin est de règle ordinaire ; mais il faut se garder d'en tirer un pronostic sûrement favorable, même quand elle est complète.

Quelque basse que soit la température du matin, on peut voir celle-ci se relever dans la suite de la journée à un degré surprenant.

Toute température axillaire dépassant 37°5 doit être considérée comme suspecte chez la femme récemment accouchée.

Accélération du pouls. — Ce symptôme est d'une appréciation plus délicate que le précédent, en raison de ce que diverses causes telles que : la fatigue du travail, une émotion quelconque, une hémorrhagie de l'accouchement peuvent le produire.

Toutefois sa constance et sa persistance seront à prendre en considération quelle que soit la température ; plus encore s'il y a eu déjà quelque température élevée.

Un pouls fréquent (80 ou plus) constaté au moment où la température s'est abaissée, permet, dans la plupart des cas, d'annoncer que celle-ci ne va pas tarder à se relever. Ce contraste entre le pouls et la température, se produit fréquemment le matin.

La fréquence du pouls précède quelquefois de plus ou moins longtemps toute élévation de température.

Insomnie relative ou absolue. — Il faut attacher la plus grande importance au sommeil des accouchées. Il est tout à fait exceptionnel que l'infection ne trouble pas, plus ou moins, les nuits de la malade.

Si, malgré d'autres symptômes, celle-ci dort bien, c'est que l'infection est encore peu grave.

Ce symptôme est souvent plus difficile à recueillir qu'on ne pourrait le penser au premier abord : beaucoup de femmes interrogées à ce sujet font des réponses vagues, comme celle-ci : « J'ai *reposé*, » voulant dire par là qu'elles n'ont pas été agitées.

Il faut se garder de se contenter de cette réponse et poursuivre une enquête de façon à savoir si la malade a réellement *dormi*.

Dans le cas d'insomnie, il faudra rechercher si celle-ci a une autre cause que l'infection, sans s'arrêter toutefois aux choses futiles que l'entourage et la malade elle-même invoquent le plus souvent.

Les troubles du sommeil, même sans autre symptôme, doivent être pris en sérieuse considération, à plus forte raison s'ils sont accompagnés de températures élevées ou d'accélération du pouls.

L'insomnie est alors un symptôme grave et l'indice d'une infection sérieuse.

On ne saurait trop se méfier des femmes qui ne dorment pas ou dorment mal après leur accouchement.

Viennent ensuite : le mal de tête, les troubles des lochies, les frissons.

La céphalalgie ne se manifeste guère sans être accompagnée de l'un ou de l'autre des symptômes ci-dessus décrits.

Elle est intermittente et légère au début, survenant le plus souvent le soir, quelquefois le matin.

Les troubles de l'écoulement lochial, consistant en sa diminu-

tion, sa suppression ou sa transformation fétide, sont le plus souvent précédés, toujours accompagnés d'autres symptômes déjà mentionnés.

Ils peuvent néanmoins être précoces, comme ils peuvent manquer complètement. Ceci s'applique surtout à la fétidité, caractère qui fait souvent défaut non seulement au début, mais encore dans tout le cours des infections les plus graves.

A l'expression *frisson* il faudrait substituer ici celle de *vagues impressions de froid.*

Il est rare, en effet, que, tout au début de l'infection, les malades ressentent un frisson complet avec tremblement.

Ce sont plutôt des sensations de refroidissement partiel portant sur les jambes, le dos, le tour de taille.

Ces sensations peuvent être assez précoces, mais sont généralement précédées et accompagnées d'un ou plusieurs symptômes.

Tel est, aussi exact que possible, le tableau symptomatique fréquent du premier stade des infections puerpérales que les observations complètes et détaillées ont fait connaître.

Quant aux autres symptômes relativement plus tardifs, tels que : frissons complets, hautes températures, douleurs locales plus ou moins vives, etc., ils ont été complètement et partout décrits depuis longtemps.

Leur violence était, en effet, de nature à frapper tous les observateurs et à faire croire à une invasion de la maladie brusque comme leur propre apparition, tandis que leur éclat masquait seulement les symptômes d'allure plus modeste dont ils avaient été précédés.

LA SECTION A CHAUD DU CORDON OMBILICAL.

Afin d'éviter les nombreuses causes d'infection par le cordon ombilical le Dr Martin, de Greiswald a conseillé la *section à chaud.*

Ce procédé d'une grande simplicité, consiste à placer un fil de soie stérilisée au ras des téguments puis à le serrer fortement. Cela fait, on prend un fer à friser, chauffé au rouge et l'on coupe le cordon à une distance de 1 à 1 1/2 centimètre de l'anneau ombilical. On recouvre la plaie d'une petite compresse de gaze aseptique et on applique le pansement dont on se sert habituellement pour protéger l'ombilic chez le nouveau-né.

Ce procédé crée une eschare parfaitement aseptique et qui rend impossible toute infection ou hémorragie secondaire.

La chute du moignon se produit d'ordinaire du 4e au 5e jour, rarement le 6e.

M. Martin a fait la démonstration de son procédé au Congrès de médecine de Paris (août 1900), sur un nouveau-né apporté à la séance et l'on a vu ce spectacle admirable d'une centaine d'accoucheurs, parmi les plus connus de tous les pays du monde, se réunir et se presser autour du Bureau pour mieux voir et suivre tous les détails de cette petite et si vulgaire opération de la ligature et de la section du cordon ombilical.

C'est la preuve évidente de l'extrême importance que tous attachent à cette manœuvre commune, trop souvent négligée ou dédaignée par les praticiens. Nous avons vu opérer M. Martin ; nous avons constaté les précautions antiseptiques minutieuses dont il s'entoure ; nous avons remarqué de plus : 1° le fer était chauffé au rouge sombre ; 2° pour éviter de brûler la peau du ventre, M. Martin entoure le pédicule d'une petite compresse trempée dans *l'eau ordinaire* (il a refusé de l'eau sublimée parce que, à son avis, elle irrite les téguments) ; 3° après la section, il a touché de nouveau la plaie avec le fer encore chaud, apparemment pour éloigner tout danger de contagion et d'hémorragie.

Nous devons à la vérité de déclarer que le procédé de M. Martin n'a pas semblé être de goût de la majorité des membres ; la plupart formulaient *à mi-voix* toutes sortes d'objections.

— M. le *Dr Bar*, l'habile accoucheur de l'hôpital St-Louis, a déclaré qu'il se servait d'une simple pince à forcipressure appliquée au ras de la peau. Primitivement il enlevait cette pince après 24 heures ; maintenant il la laisse tomber toute seule, ce qui arrive d'habitude au bout de peu de jours.

M. Bar ne pense pas que la cautérisation avec le fer à friser soit nécessaire ; il croit que cet instrument de toilette n'est pas aussi répandu que le dit M. Martin.

M. Charles, de Liége, a ainsi formulé son opinion :

« Nous avons essayé tous les modes de pansement du cordon, humides ou à sec et aucun ne nous a paru jouir d'une réelle supériorité.

Dès que nous avons connu le procédé de M. Martin, nous nous sommes empressé de l'expérimenter aussi et nous avons agi exactement comme il vient de le montrer. Nous l'avons employé dans 100 cas : les résultats ont été très favorables et notablement supérieurs à ceux que nous ont donnés tous les autres moyens.

Sur ces 100 cas, 2 cordons sont tombés 36 heures après la cautérisation, 17 au bout de deux jours, 26 le 3e jour, 24 le 4e jour, 13 le 5e jour, 7 le 6e jour, 5 le 7e jour, 3 le 8e jour, 2 le 9e jour ; 1 n'était pas tombé le 10e jour et nous n'avons pas revu l'enfant. (Nous ajoutons ici tous ces chiffres, car nous avons pris la parole à l'improviste et nous n'avions pas de notes à Paris).

En moyenne la chute a eu lieu du 3e au 4e jour et de plus la cicatrice était plus belle, *mieux épidermisée* qu'auparavant avec les autres procédés.

Nous nous sommes demandé alors si les résultats plus favorables étaient dus à la cautérisation ou simplement à ce fait que la ligature était placée au ras de la peau, aussi exactement que possible dans le sillon plus ou moins régulier où elle se continue avec la gaîne amniotique du cordon.

Nous avons entrepris de nouvelles expériences en agissant ainsi : forte ligature avec un gros fil de soie antiseptique à cet endroit : section avec des ciseaux désinfectés, très près de la ligature, à un demi-centimètre seulement, de façon à laisser le moins possible de cordon ; expression de la gélatine à l'aide des doigts et d'une petite compresse de gaze aseptique ; plaie recouverte d'un peu d'ouate hydrophile, bande ordinaire contentive. A la chute du pédicule, pincée d'iodoforme ou d'alun.

Or les résultats ont été jusqu'à présent aussi favorables qu'avec le procédé de M. Martin.

Ses avantages sont évidents : pas de fer à friser, pas de danger de brûler l'enfant, pas de terreur des assistants à la vue d'un fer rouge, extrême simplicité.

Notre procédé actuel se caractérise donc spécialement, en dehors des soins antiseptiques, *par l'application du fil de soie au ras de la peau et la section du cordon tout près.* »

L'ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS.

Faut-il régler les tétées et comment faut-il les régler ?

L'immense majorité des médecins sont partisans de la réglementation et la plupart conseillent de donner le sein de 6 heures du matin à 10 heures du soir, toutes les 2 heures pendant les trois premiers mois, puis toutes les trois heures jusqu'à six mois.

C'est également notre système : nous nous en trouvons bien et nous engageons vivement les praticiens à ne pas s'en écarter.

Nous avons reçu, il y a quelques mois, une brochure intitulée « Pour les Nourrissons », que venait de publier un distingué confrère de l'agglomération Bruxelloise. Nous y avons lu avec surprise la phrase suivante : « A sa naissance, immédiatement il faut lui administrer (ce mot paraît bien mal choisi) le sein de la mère ou le biberon renfermant du lait coupé par partie égale d'eau bouillie (stérilisée) sucrée, lui donner de petites quantités à la fois et souvent, *chaque fois qu'il se réveille, chaque fois qu'il crie. Régler les tétées toutes les 2 heures est chose contre nature.* »

L'auteur ne dit pas en vertu de quelles raisons ou de quels faits il condamne les idées généralement admises par les hygiénistes.

Donner le sein ou le biberon chaque fois que l'enfant s'éveille, chaque fois qu'il crie, c'est la mauvaise habitude du peuple considérée comme néfaste par presque tous les médecins.

On lui reproche avec raison de ne pas permettre à la mère de se reposer convenablement, ni de se livrer à quelques occupations sérieuses et souvent indispensables. Le bébé est constamment suspendu à la mamelle et empêche même, à la fin, sa mère de dormir et de manger à l'aise. Le lait est mal élaboré et l'enfant en devient la première victime. Son estomac toujours en activité s'en ressent bien vite ; les sucs digestifs viciés dans leur quantité et leur qualité remplissent mal leurs fonctions ; les parois stomacales et intestinales, soumises à un travail continu, c'est-à-dire à une congestion permanente, ne tardent pas à être le siège de lésions inflammatoires plus ou moins graves.

On comprend donc aisément que cette déplorable habitude de mettre l'enfant au sein ou de lui donner le biberon chaque fois qu'il crie, soit une cause fréquente d'indigestion, de malaises et d'indispositions diverses (vomissements, diarrhée, coliques, ballonnements du ventre, fermentations gastro-intestinales, gaz fétides). Il n'est pas rare qu'elle engendre la gastro-entérite.

Une autre mauvaise habitude, qui par certains points se rattache à la précédente, consiste à laisser le petit enfant dormir trop longtemps pendant la journée, 3 à 4 heures et même davantage sans rien prendre. On dit : il dort, laissons-le tranquille, cela lui fait du bien de se reposer ; du reste, dormir c'est manger (!). Si la nuit a été mauvaise, agitée, si le bébé a voulu rester au sein et a ainsi troublé le sommeil de sa mère, on est d'autant plus disposé à considérer comme très favorable qu'il dorme une partie de la journée.

Beaucoup de personnes admettent comme une vérité incontestable que « l'on ne doit jamais réveiller un enfant ».

Le résultat de tout cela, c'est que le bébé ne prendra pas assez de lait ou bien qu'il éprouvera le besoin de se rattraper. Et alors ou bien il en absorbera trop à son réveil, ou bien il en voudra trop souvent et la nuit verra recommencer les désagréments de la veille.

Comme conséquences, on a des ennuis multiples et le bébé devient indisposé ou malade.

Il en est de même quand la mère ne laisse pas l'enfant assez longtemps au sein ou quand elle le laisse s'y endormir tirant de temps en temps une petite gorgée.

Certaines femmes retirent du sein le bébé dès qu'il s'endort, même après 2 ou 3 minutes ; elles le déposent dans son berceau. Une demi-heure après, l'enfant s'éveille, crie et se démène parce qu'il a faim. Ce n'est pas étonnant, puisqu'il a eu un repas insuffisant.

C'est ainsi que la mère n'a presque plus de répit, ne peut rien faire, a constamment l'enfant sur les bras. Cela devient un esclavage au grand détriment de la tranquillité de tous et de la santé du nourrisson.

Chaque tétée doit être assez longue pour constituer un *repas véritable* ; elle dure 15 à 20 minutes selon l'âge de l'enfant et l'abondance du lait de la femme. Pendant ce temps, on veille à ce que l'enfant ne s'endorme pas et tire régulièrement : il exécute quelques mouvements de succion (3, 4, 5, 6 selon que le lait arrive plus ou moins vite), puis il avale ; après la déglutition, il doit bientôt recommencer et il ne faut pas permettre qu'il fasse le paresseux : on le stimule au besoin pour qu'il reprenne son activité.

Après ce repas complet de 15 à 20 minutes, on le dépose dans son berceau, où d'habitude il ne tarde pas à s'endormir, du moins dans les premiers temps ; en effet, pendant les six premières semaines, il ne fait guère que téter et dormir.

Pourquoi le nouveau-né a-t-il besoin de repas aussi fréquents ? toutes les 2 heures pendant le jour et une fois vers 2 heures du matin, soit en tout 10 tétées données comme suit : pendant le jour, 6 heures du matin, 8 heures, 10 heures, midi, 2 heures après-dîner, 4 heures, 6 heures, 8 heures, 10 heures ; pendant la nuit, une fois.

C'est que la capacité de son estomac n'est pas considérable ; si le nourrisson prend trop, il régurgite ; il vomit ; s'il ne prend donc pas assez souvent, il n'aura pas suffisamment de lait pour se développer convenablement.

M. Marfan enseigne que 7 tétées suffisent en 24 heures, dès les premiers jours. Nous estimons que c'est une erreur quand il s'agit d'enfants bien portants. — M. Marfan est le médecin attitré des enfants malades et c'est peut-être là l'explication de la méthode qu'il préconise.

Au bout de 2 à 3 mois, lorsque l'estomac de l'enfant est plus spacieux et peut contenir plus de lait, on réduit successivement le nombre de tétées ; on la porte à 9, à 8, à 7 et même à 6 en 24 heures.

On se règle, pour diminuer les repas, sur la quantité absorbée chaque fois, sur la santé du nourrisson, sur l'augmentation de son poids.

Ne vaut-il pas mieux ne pas donner le sein du tout la nuit ? Certainement, cela est préférable pour la mère et l'enfant.

Pourtant, au début, c'est rarement possible et l'on se trouve mieux de donner le sein une fois, vers 2 heures du matin.

Après quelques semaines, si l'on peut donner le sein assez tard, vers 10 1/2 à 11 du soir et assez tôt, vers 4 1/2 à 5 h. du matin, sans que l'enfant en pâtisse, tant mieux.

Quant à donner le sein à 7 ou 8 heures du soir et seulement le lendemain matin, vers 6 à 7 heures, laissant ainsi un intervalle de 11 à 12 heures entre les deux repas, c'est extrêmement dangereux et ordinairement tout à fait impossible.

L'intelligence, le raisonnement, les résultats obtenus et *réguliè-*

rement constatés par la balance pourront évidemment permettre d'apporter de légères modifications dans des cas déterminés.

Cependant une très longue expérience nous a enseigné qu'on se trouve bien de s'éloigner le moins possible des règles que nous avons indiquées.

Un dernier mot pour terminer ce point spécial de notre sujet.

Il faut habituer le nouveau-né à la régularité des tétées, *dès les premiers jours* ; sinon on y arrive plus difficilement.

Pour cela on commence immédiatement, dès la première tétée donnée 8 à 10 heures après la naissance.

Au début, l'obstacle le plus sérieux se rencontre du côté du bébé, qui dort et ne veut pas s'éveiller pour prendre le sein.

On doit ordinairement recourir à une série de petits moyens pour le tirer de sa somnolence, pour le stimuler peu à peu, pour l'exciter à téter, pour l'empêcher de se rendormir trop tôt, c'est-à-dire avant la tétée complète.

Quand le moment est venu, on caresse doucement la figure de l'enfant, on le prend hors du berceau, on lui parle (la voix est un stimulant), on le remue légèrement, on le frictionne au besoin un peu énergiquement, on lui tapote les joues, etc., etc.

Les parents ne voient pas toujours cela volontiers et on doit parfois lutter pour vaincre leur faiblesse.

Si malgré cela l'enfant n'a pas pris assez et se rendort quoi qu'on fasse, on le remet dans son berceau. Alors au bout d'une heure ou moins il s'éveille et crie pour téter. Il faut avoir le courage d'attendre les deux heures écoulées avant de le remettre au sein.

La chose opposée se produit fréquemment la nuit : des enfants qui, dit-on, prennent le jour pour la nuit, dorment presque toute la journée et seraient au sein la plus grande partie de la nuit. On doit avoir l'énergie de les laisser pleurer une ou deux nuits et de les réveiller régulièrement le jour.

Tous ces petits ennuis ne durent guère : deux ou trois jours suffisent pour que le nouveau-né soit habitué au régime. Dès lors il s'éveille lui-même aux heures réglementaires et il pourrait très exactement remplacer la pendule.

Combien de fois n'avons-nous pas vu des mères éplorées, n'ayant pas de répit, passant des nuits épouvantables par suite du mauvais régime de leur enfant ! Avec un peu d'énergie elles parvenaient à régulariser les tétés et étaient enthousiasmées du résultat obtenu pour elles et pour les bébés eux-mêmes... sans compter le père qui désormais pouvait dormir en paix.

L'allaitement maternel ne doit pas constituer un esclavage pour les parents, spécialement pour la mère. Dès que le nourrisson est bien habitué, la mère a de bonnes nuits et pendant le jour elle a, entre les tétées, des intervalles suffisants pour se livrer à ses occupations et pour les sorties nécessaires.

De même son régime alimentaire doit être large ; on ne doit pas imposer des règles difficiles, désagréables, vexatoires.

C'est à notre sens le meilleur moyen d'encourager l'allaitement maternel, qui est le plus désirable et le plus recommandable.

(*Journal d'accouchements.*) N. CHARLES.

GYNÉCOLOGIE

LE SATURNISME CHEZ LES ÉLECTRICIENNES

On a observé des cas de saturnisme chez les ouvrières appartenant à la même usine d'accumulateurs électriques pour automobiles. Le travail de ces femmes, âgées de dix-huit, dix-neuf, vingt-cinq et trente-neuf ans, qui sont malaxeuses, frappeuses ou alézeuses, consiste à enduire d'une pâte à base d'oxyde de plomb de petites baguettes de plomb, à les frapper dans un moule ou à enlever les bavures de ces baguettes en les passant dans un anneau.

Elles sont entrées à l'usine en excellente santé et, au bout de six semaines à deux mois, elles ont éprouvé les symptômes des « coliques de plomb », tant redoutées des peintres. Elles ont été prises d'inappétence et de constipation : puis sont survenues des nausées, des douleurs abdominales et épigastriques d'une telle violence qu'elles ont dû être transportées à l'hôpital, où elles ne pouvaient supporter même un cataplasme sur le ventre.

L'une des malades est sortie de l'hôpital, après un traitement de quinze jours, se croyant guérie.

Elle a dû y retourner bientôt.

Les dangers courus par les ouvrières travaillant dans la fabrication des accumulateurs ne sont pas inconnus des industriels, et la société qui emploie les quatre malades examinées par le docteur Proust paraît s'en être préoccupée. En effet, un médecin vient chaque semaine pour examiner les malades, et on donne à toutes les ouvrières, même bien portantes, tous les jours, du miel soufré, des pastilles pectorales, des pilules de fer et un demi-litre de lait ; il leur est de plus recommandé de se laver les mains avec soin (on leur fournit du savon noir pour cela), de se brosser les dents et de se laver la bouche ; enfin, elles ont tous les quinze jours un bain sulfureux. Et malgré tous ces soins, ces malheureuses ouvrières tombent généralement malades au bout de deux ou trois mois.

La colique des électriciens n'est d'ailleurs pas une maladie nouvelle. Dans une seule usine, à Hagen, on a observé, en 1894, 37 cas sur 252 ouvriers, et dans une autre, près de Wiesbaden, 12 cas sur 90 ouvriers.

D'après une enquête faite en Suisse et en Allemagne, les ouvriers « malaxeurs » atteints de saturnisme seraient dans la proportion de 30 % ; les ouvriers qui soudent les électrodes seraient atteints dans la proportion de 37,5 % ; ceux qui taillent les électrodes et les plaques dans la proportion de 30 %. La proportion est moindre pour ceux qui nettoient les plaques de plomb (13.3 %) ou qui les coudent 10 %). Les moins atteints sont ceux qui chargent les électrodes (8.3 %).

Enfin, en France, sur une trentaine de malades atteints de coliques de plomb que le docteur Talamon a reçus dans son service de l'hôpital Bichat en 1899, une bonne moitié s'observait chez les électriciens, le reste se partageait entre des peintres, des plombiers et des typographes.

Le docteur Talamon a remarqué que la colique des électriciens se distingue des autres coliques de plomb par la précocité, par l'intensité, par la fréquence des crises. Il l'a vue survenir dès le premier mois de travail et il cite l'observation d'un garçon de vingt ans, vigoureux et bien portant d'ordinaire, qui a eu sa première colique moins d'un mois après son entrée à l'atelier et qui, en sept mois, n'a pu fournir que trois mois à peine de travail, interrompu toutes les trois ou quatre semaines par une crise de colique saturnine. « Si l'on songe, ajoute-t-il, que sa place, à peine vacante, a dû être occupée par un nouvel ouvrier ; que le nombre des ouvriers employés dans l'atelier est de 200 et que, chaque jour, plusieurs de ces ouvriers tombent atteints du même mal et sont aussitôt remplacés par d'autres, on peut juger du vaste et fertile champ d'action que la fabrication des accumulateurs ouvre au saturnisme. »

Or, il n'y a pas qu'une usine où les choses se passent ainsi ; il y en a déjà un certain nombre, et les progrès incessants de l'industrie moderne et de l'automobilisme ne peuvent que les multiplier. Si l'on veut bien enfin remarquer que la plupart de ces usines ne sont même pas des établissements classés, on comprendra que le danger soit grand et qu'il n'était pas inutile d'appeler l'attention du conseil sur des accidents dont le nombre suivra vraisemblablement une marche progressivement croissante.

GYNÉCOLOGIE ET RÉCLAME

Par M. le Professeur H. Folet, de Lille.

Je voudrais présenter, à propos d'une observation, ou plutôt d'une anecdote de ma pratique gynécologique, quelques réflexions qui vous intéresseront peut-être.

Il y a cinq semaines je voyais arriver dans mon cabinet une dame d'une trentaine d'années, ayant accouché il y a cinq ans et présentant depuis ce temps quelques légers dérangements utérins : Douleurs à l'époque des règles, leucorrhée, pas très abondante, mictions un peu trop fréquentes, troubles névropathiques. Ennuyée de cet état, sur le conseil d'une amie, elle fit des injections avec la solution d'une poudre spéciale qui jouit d'une grande vogue dans une ville voisine de Lille. L'amie l'avait prévenue que l'usage de cette poudre lui ferait éliminer toutes les choses anormales et morbides qu'elle pouvait et devait avoir dans l'intérieur de ses organes. En effet, en une semaine elle avait recueilli dans l'eau de ses injections tout ce qu'elle allait me montrer. Mais elle avait depuis lors éprouvé une cuisson interne gênante ; et puis, l'abondance de cette élimination l'avait un peu surprise et émue, et elle venait me montrer la chose.

Et, ce disant, elle m'exhibait ce petit bocal que vous voyez, plein jusqu'en haut de membranes gris-blanc tassées. Au premier abord on eût dit un long tænia très ramassé sur lui-même. Mais, à l'examen, c'étaient d'innombrables fragments pelliculaires de formes et de dimensions variées.

J'examinai la malade : Utérus très mobile, un peu gros, antéversé (ce qui expliquait les symptômes urinaires). Culs-de-sac souples, rien dans les annexes. Mais la muqueuse du vagin et du col était comme décapée, comme ayant subi récemment une vésication intense par un topique fortement irritant. En somme, métrite légère, antéversion, vaginite intense par action chimique, telle était la situation de la malade, situation peu inquiétante et qui fut rapidement améliorée par des injections boriquées chaudes et par quelques pansements vaginaux à la gaze enduite de vaseline à l'airol.

Notre collègue et ami le professeur Curtis, prié par moi d'examiner les débris contenus dans le petit bocal, me remit la note suivante :

« Ces lambeaux étalés sur lame et colorés montrent une structure nettement cellulaire. Déjà, avec un grossissement moyen et avec le picrocarmin on reconnaît que ces lambeaux sont exclusivement formés de cellules épithéliales plates, provenant évidemment d'un épithélium pavimenteux stratifié. Tous les lambeaux ont une structure analogue et l'on peut affirmer que l'ensemble de ces détritus représente les produits d'une énorme desquamation épithéliale ».

J'eus naturellement la curiosité de voir la « poudre blanche astringente du Lynx » dont s'était servie ma malade. J'en fis acheter à la pharmacie W...., à R.... qui a le monopole de la fabrication et de la vente. Le pharmacien a ajouté à la boîte, que voici, la liasse de prospectus que voilà. Chacun d'eux chante spécialement la gloire d'une de ses spécialités, toutes plus merveilleuses les unes que les autres : le « topique bleu » guérissant l'ozène, les polypes du nez, le lupus, le chancre des fumeurs, les cancers ulcérés ; — l' « onguent résolutif » pour l'eczéma, les dartres, les loupes, les tumeurs du sein, les rhumatismes et la goutte ; — « la liqueur gastrique » contre la dyspepsie, la dilatation et le cancer de l'estomac, etc. J'en passe et des plus drôles. Mais c'est la « poudre astringente du lynx » qui est l'objet du dithyrambe le mieux corsé et le plus curieux ; surtout en ce qui concerne la pathologie utérine ; car, si la poudre s'administre dissoute en lavements et en injections, c'est surtout le dernier mode d'emploi que vise le prospectus et c'est à ce propos qu'il émet des théories de physiologie thérapeutique tout à fait réjouissantes, pour expliquer comment la Poudre guérit les « congestions, inflammations, métrites, péritonites, salpingites, hémorrhagies, flueurs blanches, suppurations, descentes et faiblesses de l'organe, végétations, ulcérations, cancers, tumeurs, polypes, kystes, fibromes ». Toute la lyre quoi !

Cette poudre, en somme, c'est presque exclusivement de l'alun, le vendeur l'avoue. Mais pastichant le pharmacien M. Hommais, qui n'appelait jamais le sirop de gomme autrement que *syrupus gumi mi*, il vous le dit en latin. Et comme cela prend sur le badaud ! Et comme cela justifie le prix marqué ! Car enfin l'alun vaut cinquante centimes le kilogramme. Cent grammes, même additionnés d'un peu de sucre blanc, d'écaille d'œuf et de coquilles de moules écrasées revendus à cent pour cent de bénéfice, vaudraient tout juste deux sous. Mais ce que l'on vous offre, bonnes gens, savez-vous bien ce que c'est ? Voici : *Sulfas aluminæ et potassæ, saccharum album, putamen ovi, Concha mytiti.* — Coût : 2 francs.

Et, dans le boniment, quelle adroite mixture des préjuges populaires qu'il faut respecter pour les exploiter, et de vagues notions nosologiques et microbiologiques, naturellement mal comprises et déformées ; le tout saupoudré de quelques mots scientifiques à la mode que M. Tout le monde gobe de confiance. Savourez ce joli morceau :

« A l'inverse des nombreux médicaments antiseptiques et caustiques employés jusqu'à ce jour et qui n'agissent que localement la sans choix sur tous les tissus et organes placés à leur portée, et Poudre, par les affinités électives et mystérieuses de son principe actif dont elle n'est que le véhicule, n'a d'action que sur les seules *productions morbides*.

A l'instar de la cellule phagocytaire et devenue son précieux adjuvant dans la lutte de l'organisme contre les microbes et les néo-

formations, elle se met à leur poursuite en cheminant à travers toutes les issues interstitielles placées à sa portée ; elle finit par les atteindre, les pénétrer et les détruire, et dans le cas spécial des néoplasmes utérins, les isole d'abord en les séparant de leur base, les mortifie, et finalement à une époque menstruelle, les rejette de l'économie avec les produits de la desquamation épithéliale.

Si la maladie a bien son siège dans les organes génésiques, dès les premières injections on remarquera la sortie de petites pellicules blanchâtres qui augmenteront en grandeur, épaisseur et couleur jusqu'à ce qu'à une époque menstruelle, et souvent avec des douleurs expulsives qui s'irradient de l'abdomen aux reins, elle évacue la tumeur ou le fibrome cause de la maladie dont la cure complète peut cependant varier de quelques semaines à quelques mois et même à une année.

Après l'expulsion de la tumeur, ou du dernier kyste, (en général les kystes sont multiples et tombent un à un chaque mois (!), tandis que le fibrome est souvent unique) la *convalescence* survient. On le reconnaît à ce qu'il n'a rien été expulsé au moment des règles dans le mois courant. Car tant qu'il y a expulsion, la période de convalescence n'est pas encore atteinte. »

La gynécologie est devenue un excellent terrain de chasse pour les braconniers de la réclame. On conçoit en somme qu'à ces grossiers appeaux mordent et les femmes n'ayant que des troubles utérins insignifiants, maisqu'obsède, parfois de façon morbide, la terreur de la « maladie de matrice », de la « maladie des ovaires » ; — et les femmes très sérieusement touchées, un peu effrayées par les audaces, exagérées il faut le dire, de la chirurgie gynécologique d'il y a dix ou douze ans. A cette période outrancière a succédé une pratique généralement plus sage. Mais les femmes ne connaissent ces choses que par des renseignements attardés, ou ne les voient qu'à travers les tableaux d'une littérature romanesque entachée d'exagération et de pessimisme. Lire par exemple *Fécondité*, de Zola. On comprend aussi que ce ne soient pas uniquement les ineptes et les illettrées qui donnent dans la *poudre astringente*, celle dont je viens de vous raconter l'histoire est une femme intelligente. Elle est mariée à un homme pourvu d'un haut grade universitaire et professeur dans un établissement public de notre région.

Et comme le mode d'emploi de la poudre est ingénieusement combiné pour persuader beaucoup de femmes de ses effets curatifs : La solution pour injections vaginales se fait avec 25 grammes, au moins, de poudre dans un litre d'eau, injection à prendre couchée, suivant la « méthode roubaisienne des injections, » dit le prospectus. Une femme, atteinte de métrite légère, prend durant le premier mois, conformément aux indications, deux injections vaginales quotidiennes. Destruction intense, sorte de tannage de la couche épithéliale du vagin ; desquamation énorme. C'est prévu et annoncé. La malade s'applaudit du résultat : « C'est le mauvais qui sort !

Hein, tout ce que j'avais dans le corps ! » Le deuxième et le troisième mois, trois injections par semaine ; l'élimination des lambeaux épithéliaux est moins forte : « Je vais mieux ! » le quatrième mois, une injection par semaine ; desquamation moins forte encore : « Je suis guérie ! » Et la malade va sonnant aux quatre coins de l'horizon des fanfares lyriques en l'honneur de la poudre astringente.

Quant aux autres, aux grandes malades (kystes ovariques, fibromes, annexites suppurées), plus ou moins empirées par ces injections incendiaires, elles vont échouer, à l'hôpital ou en ville, chez le chirurgien, avec quelques chances de guérison en moins. Mais elles se taisent et ne comptent pas, celles-là.

Celles qui ont le plus à souffrir de cet empirisme insensé, ce sont les femmes atteintes d'épithéliomas au début qui, sous l'influence de ce vésicatoire vagino-cervical, voient leur néoplasme s'aggraver rapidement et deviennent en peu de temps inopérables. C'est d'ailleurs aux cancers que les remèdes charlatanesques sont particulièrement nuisibles : nuisance directe et positive quand, comme ici, il s'agit de topiques ultra-irritants ; nuisance indirecte et négative quand par l'administration d'un remède inutile et ridicule, comme le sont les prétendus dépuratifs, on fait perdre aux malades un temps précieux et on laisse passer le moment d'une intervention utile. Je me rappelle à ce propos deux cas de ma pratique.

L'hiver dernier un de mes confrères du département m'adresse une femme atteinte de cancer utérin ayant débuté par la muqueuse : Cavité du col ouverte et ulcérée (un grattage de fongosités permit au microscope d'affirmer le diagnostic : épithélioma) ; mais la surface extérieure du col est intacte ; les culs-de-sac sont souples, la matrice, grosse comme une orange, est absolument mobile, bref le type de l'endo-cancer bien enfermé encore dans l'organe, un de ces cas où l'ablation par le ventre de l'utérus en bloc est une opération simple, relativement bénigne et peut donner des trêves longues, sinon des guérisons complètes. J'engage vivement la malade à se faire opérer sans tarder. Mais elle désire auparavant, puisqu'elle « perd beaucoup de saletés », s'administrer, sur le conseil d'une parente, un puissant dépuratif : la « Limonade des Quakers ». En vain je lui représente les graves inconvénients de la temporisation. « Elle veut faire un essai, pas long, quelques semaines ». Son médecin, qui l'a revue ces jours-ci, m'écrit que le col est détruit, et l'utérus fixé. Elle est devenue inopérable.

Autre fait : en 1894 j'opère une dame de 53 ans. Carcinome du sein, curage de l'aisselle. Deux ans de tranquillité ; santé superbe. En 1896, noyaux dans la cicatrice, petit paquet ganglionnaire. Deuxième opération. A son gendre et à sa fille, m'interrogeant sur l'avenir, je réponds qu'une nouvelle repullulation est vraisemblable et qu'il n'y aurait autre chose à faire qu'une nouvelle ablation précoce, leur racontant l'observation, qui m'est familière, d'une femme que feu

M. Parise et moi avons opérée cinq fois en neuf ans. Nouvelle trêve de dix-huit mois. Vers la fin de 1897, Mme X... m'arrive, toujours rayonnante de santé apparente, et me montre deux ou trois points d'induration autour de la cicatrice, parfaitement enlevables encore. Je propose l'ablation. Elle se récrie : « Toujours des opérations alors ! » J'insiste ; elle se dérobe : « Je réfléchirai. » Elle réfléchit quatre mois. Un beau jour on me prie d'aller la voir. Je la trouve écroulée dans son fauteuil, jaune, amaigrie, cachectique. Les régions mammaire et sus-claviculaire ainsi que l'aisselle, étaient envahies par un vaste gâteau cancéreux ulcéré par places, avec œdème énorme du bras. Douleurs excessives, plus de sommeil. Cachexie profonde.

La malade avait reçu ou trouvé le « Journal de la médecine électro-dynamique », ou dynamo-électrique, je ne sais plus au juste, guérissant tout par les courants continus. Elle écrit là-bas. La guérison est sûre au moyen d'un appareil qui coûte 150 francs, je crois. Envoi de l'appareil avec la manière de s'en servir. Au bout de trois semaines, les petites tumeurs ont un peu grossi. Elle écrit de nouveau. C'est que l'appareil n° 1 est insuffisant : il faudrait l'appareil n° 2 dont le prix est de 250 francs. Les applications de l'appareil n° 2 sont fort douloureuses et la peau rougit. Elle s'en plaint. Cela n'est rien, lui répond-on, c'est une période pénible à traverser, cela prouve que la médication opère ; continuez. Elle continue et, sous l'influence de cet électrolyse néfaste, arrive rapidement à la situation que j'ai décrite. Elle mourut peu de temps après. Il est clair que la *médication électro-dynamique* avait donné à la récidive existante un formidable coup de fouet, hâté les ulcérations et très notablement empiré l'état, accru les souffrances et abrégé la vie de cette pauvre malade. Il y aurait certainement eu lieu à un procès en dommages-intérêts. Je le dis ; mais la famille répugnait à entrer dans cette voie. Elle ne voulait pas avoir l'air de spéculer sur la mort de leur parente ; la malade avait un frère qui occupait un assez haut grade dans l'armée et ne se souciait point que son nom fût mêlé à un procès retentissant. Les choses en restèrent là.

Et cependant la demande de fortes indemnités pécuniaires, qui pourraient être versées à quelque œuvre de bienfaisance, serait le seul mode de répression efficace contre ces forbans de la basse réclame médicale. J'ai cru autrefois, étant très jeune, à la possibilité de la répression légale du charlatanisme et de l'exercice illégal. Eclairé par l'expérience, je n'y crois plus guère aujourd'hui. Les poursuites, quand elles ont lieu et si par hasard elles aboutissent à une condamnation bénigne, donnent l'auréole de la persécution au dupeur et ne corrigent pas une dupe. Après tout, s'il est fâcheux de voir des escrocs s'enrichir au détriment de la santé de pauvres gens crédules, il est d'autre part conforme à la logique et même à la morale immanente des choses que les sots pâtissent de leurs sottises. *Vulgus vult decipi Decipiatur.* (*Bull. de la Société cent. de méd. du Départ. du Nord.*)

CHIRURGIE INFANTILE

—

DE LA RÉDUCTION DES GIBBOSITÉS DU MAL DE POTT

Par P. Renard et Paul Bezançon (1).

Nous avons observé tant au Dispensaire Furtado-Heine qu'en ville un grand nombre de maux de Pott. Depuis le mois de mars 1897, nous les avons traités, non pas systématiquement, ce qui serait dangereux et inutile, mais, pour le plus grand nombre des cas, par le redressement des gibbosités et l'immobilisation en bonne position ; nous n'avons eu qu'à nous louer de ce procédé et nous désirons présenter au Congrès international le résultat de notre pratique.

L'un de nous a déjà décrit l'appareil (2) dont nous nous servons ; nous ne l'avons pas sensiblement modifié depuis trois ans, en étant pleinement satisfaits.

Au début nous entourions l'enfant d'ouate ; depuis le mois de septembre 1897, l'un de nous a repris le maillot sur lequel Sayre appliquait son corset plâtré ; à l'essai, nous avons reconnu qu'une étoffe plus épaisse que le tricot était utile, et nous avons adopté le maillot en tissu des Pyrénées, taillé de façon à être collant, couvrant les épaules et assez long pour qu'on puisse, par une épingle à maillot ou deux cordons noués ensemble sous le péririnée, tirer en bas l'étoffe de façon qu'elle ne plisse pas. On met à l'enfant une mentonnière de cuir si l'on ne doit mettre qu'un corset ; une mentonnière faite d'une bande de toile, prenant le menton et la nuque, si l'on doit comprendre la tête dans l'appareil. L'enfant garde ses bas et on entoure ses malléoles d'une guêtre à deux ou trois boucles avec une cordelette en ansé formant étrier. L'enfant est alors étendu sur la table où est fixé l'appareil de traction : aux deux extrémités une vis d'acier horizontale avec un crochet dans lequel on accroche un dynamomètre de Collin. L'enfant est mis sur le ventre, la partie antérieure des épaules reposant sur des béquillons qu'on peut à son gré éloigner l'un de l'autre ou élever au-dessus du plan de la table, la partie inférieure de l'abdomen appuyant sur un coussin dur. Une barre de fer transversale réunit les deux côtés de la mentonnière au dyna-

(1) XIIIe Congrès international de médecine, séance du 4 août 1900.

(2) P. Redard Du traitement de la gibbosité du mal de Pott. XIe Congrès franc. de chirurgie, 1897, et XIIe Congr. internat. Moscou, août 1897.

momètre ; une autre semblable réunit les deux pieds au dynamomètre placé de ce côté. Tout est ainsi prêt pour la traction. Celle-ci se fait en tournant les manivelles lentement et en surveillant le dynamomètre ; quand celui-ci marque 25 à 30 kilogs, exceptionnellement 35, il convient de s'arrêter ; encore ne faut-il arriver à ces chiffres qu'au bout de plusieurs minutes (10 à 15). L'enfant se plaint rarement d'une façon vive ; l'étrangeté de la position qu'on lui fait prendre l'effraie plus que la traction progressive ne le fait souffrir. On voit sous son influence la gibbosité diminuer notablement, souvent même, quand elle n'a que quelques mois de date, *disparaître* tout à fait. Il est *inutile*, comme on l'a fait au début, *de faire des pressions manuelles* dessus ; il est également *inutile d'endormir l'enfant*, car la traction triomphe aisément des contractures et la surveillance de la respiration serait bien difficile.

Aussitôt la gibbosité disparue ou diminuée, on met un peu d'ouate à son niveau (si l'on craint un eschare, de l'ouate hydrophile stérilisée qu'on glisse sous le maillot) ; on en met également un plastron sur l'abdomen et les épines iliaques et l'on commence le corset suivant le mode ordinaire en évitant soigneusement les plis des premiers tours de bande ; nous nous servons d'ordinaire de *tarlatane* (jaconas) *non* apprêté, saupoudrée par avance de plâtre et mouillée au moment de s'en servir. Quatre bandes de huit mètres suffisent pour un adolescent ; trois bandes pour un petit enfant. Nous n'interposons rien pour renforcer le plâtre ; notre technique vient du reste d'être décrite par notre élève M. Franck Michel dans sa thèse (1).

Si le mal de Pott siège au-dessus de la région dorsale moyenne, au corset il convient d'ajouter une minerve plâtrée. Pour cela, on laisse le corset durcir, puis l'enfant muni de sa mentonnière de toile est suspendu verticalement, le bout des pieds touchant terre. Il faut prendre bien soin que le plâtre ne vienne serrer l'angle des mâchoires et le devant du cou ; pour cela, nous recommandons de protéger la mâchoire et la nuque avec deux croissants de feutre épais doublés de tarlatane qu'on aura soin de maintenir en bonne place. La tête étant couverte d'ouate, on l'enveloppe de bandes plâtrées qu'on marie à celles du corset, les renforçant à la partie postérieure du cou par une solide attelle plâtrée verticale recouverte par les circulaires.

La minerve une fois sèche, on résèque toute la partie supé-

(1) F. Michel. Technique des appareils plâtrés, spécialement en orthopédie. Paris, juillet 1900.

rieure, de manière que l'appareil affleure sous le menton, à l'angle des mâchoires et à la nuque. Cette demi-minerve est *bien moins* gênante que le casque complet : elle suffit à maintenir la tête en rectitude.

L'appareil ainsi terminé, que faire de l'enfant ? Va-t-on le remettre sur ses jambes ? Notre opinion est formelle sur ce point : à part les maux de Pott lombaires ou des deux dernières dorsales (et encore), c'est dans la *position couchée* que doivent guérir les malades. Il est bien évident que le redressement de la gibbosité ne peut abréger les délais de consolidation de la carie vertébrale ; la gibbosité qu'on a fait disparaître ou diminuer tend à se reproduire ; l'angle dont on a redressé les deux côtés tend à se fermer et, si le sujet est laissé debout, il faut craindre les *escharres* ; or l'eschare est le reproche principal qu'on a fait à la méthode de redressement ; c'est l'inconvénient qu'il faut éviter avant tout et le meilleur procédé est le décubitus horizontal et en particulier le *décubitus abdominal*. C'est depuis des années que nous invitons les parents à tenir les enfants sur le ventre pendant la moitié du temps, si possible, et nous n'avons qu'à nous louer de cette pratique. Ajoutons qu'il faut les faire porter chaque jour dehors et leur faire respirer le meilleur air possible.

Un autre écueil du corset après redressement, ce sont les corps étrangers que les enfants laissent glisser dans leur corset, surtout dans les familles pauvres où ils sont peu surveillés ; c'est ainsi que nous avons maintes fois retrouvé dans les corsets des miettes de pain, des perles de verre, des épingles à cheveux.., tous objets qui avaient ulcéré la peau, fait des plaies et obligé à remplacer trop tôt le corset. Il faut donc veiller à ce que le bord supérieur du corset ne soit pas béant et que les épaules soient toujours couvertes par la chemise et celle-ci bien fermée au cou.

A quels enfants s'applique la méthode de redressement ?

Nous avons, au début, encouragés par la facilité du procédé, redressé des gibbosités datant de 4, 5, 7 ans, et très accusées ; ces redressements se sont faits sans presque de douleur et avec peu de craquements ; nous sommes persuadés que si les parents de ces enfants avaient consenti à les maintenir étendus pendant 12 à 18 mois ils auraient guéri en bonne position ; mais il est certain qu'après 4 ou 5 ans de maladie, si les douleurs ont cessé, la patience des malades et de leurs parents est à bout et que le repos horizontal leur paraît inutile, et c'est dans les cas où les malades ont été presque aussitôt remis sur leurs jambes que

nous avons observé des eschares, toujours ennuyeuses parce qu'elles retardent le traitement et affaiblissent le malade.

D'après une cinquantaine de cas pris au hasard dans notre statistique, c'est *en moyenne* à dix-huit mois après le début de la maladie que nous avons réduit la gibbosité ; ce chiffre ne résulte que du hasard des observations et n'est pas l'époque de choix, car nous estimons que c'est *bien avant* dix-huit mois qu'il faut immobiliser le rachis pottique. Après deux ans de date, nous pensons qu'il ne faut plus guère toucher aux gibbosités, à moins de se préparer à un repos encore long après la réduction.

Quels inconvénients peut présenter le redressement par la traction ?

Nous avons parlé des eschares : on peut les éviter par le décubitus sur le ventre et en soignant bien les premiers tours de bande. Quelques chirurgiens font des fenêtres à l'endroit où siégeait la gibbosité ; ce moyen n'est qu'un pis aller ; la gibbosité s'y reforme, s'y loge à l'aise ; mieux vaut enlever le corset pour quelques jours, le temps que la peau se cicatrise.

Certains enfants trop anémiés ou tuberculeux pulmonaires supporteraient mal le corset et la traction ; à ceux-là nous réservons : si le mal de Pott siège aux premières dorsales, la gouttière avec appareil extenseur de la tête ; s'il siège plus bas, le lit plâtré, excellent appareil trop abandonné.

Comme accident *immédiat*, nous n'avons, sur 120 malades et 500 ou 600 applications de la traction aux Pottiques, constaté qu'une seule fois un certain degré de paraplégie avec incontinence des matières ; ce cas s'est produit au troisième corset, et sans presque de traction, dans un mal de Pott des 4e, 5e, 6e dorsales. Nous répétons que ce cas est unique dans notre série.

Nous ne parlons pas des incidents que peut donner le chloroforme, car nous sommes d'avis de ne pas anesthésier les sujets.

Les accidents plus *tardifs* ne nous ont pas paru plus nombreux.

Les abcès froids ne sont pas influencés en mal, nous n'avons pas constaté de rupture d'abcès et leur évolution nous a semblé plus favorable.

La coexistence avec le mal de Pott d'autres tuberculoses (coxalgie, sacro-coxalgie ; tumeur blanche du poignet, lupus, s'est rencontrée dans trois ou quatre cas où le mal vertébral) était secondaire ; elle constitue un élément de pronostic défavorable ; mais nous ne l'avons pas vue suivre le redressement, non plus que la méningite. Chez un de nos patients, la maladie s'est ter-

minée par des hématuries et de l'urémie ; chez deux autres par la tuberculose pulmonaire. Cette terminaison se voit dans le mal de Pott, quelque traitement que l'on emploie.

Par contre les *résultats* de la méthode sont palpables et évidents : réduction complète, indolente des gibbosités récentes, grande diminution des saillies plus anciennes, redressement du thorax en avant, allongement de la taille, consolidation en bonne position.

Dans plusieurs cas, nous l'avons dit, les abcès froids préexistants nous ont paru diminuer. Dans trois cas, nous avons vu chez des enfants tout à fait paraplégiques, quelques mouvements volontaires des membres inférieurs se produire le jour même de la réduction et persister dans la suite.

La *consolidation* du rachis dans la nouvelle position où on l'a mis s'obtient, quoi qu'on ait pu dire. Après la longue étape passée dans le décubitus, le malade redressé se lève et marche, parfois un peu en lordose ; il peut reprendre ses occupations ; la radiographie faite à cette période peut témoigner qu'il s'est reformé de l'os et que le rachis a repris son assiette. Certes les résultats ne sont pas comparables suivant la région qu'occupent les vertèbres malades ; plus la lésion siège haut, plus le résultat est aléatoire, et la facilité avec laquelle se reproduit une saillie cervico-dorsale est parfois désespérante ; nous avons dit que dans ces cas nous mettions le sujet sur un plan déclive avec de l'extension continue de la tête. Dans les maux de Pott dorsaux et lombaires, les résultats sont excellents.

Si, parmi nos observations, nous voulons ne tenir compte que de celles qui ont été longtemps suivies et des malades revus récemment, il en reste environ soixante. Sur ces 60 enfants, nous pouvons dire que :

14 vont bien,
29 » assez bien ou passablement,
12 » médiocrement, soit par paraplégie, abcès ou tuberculose d'autres parties,
3 ou 4 sont morts, sans qu'on puisse imputer la mort au redressement, mais bien à la généralisation tardive de la tuberculose.

Cette statistique absolument sincère et comprenant des cas de tout genre nous paraît satisfaisante et démontre la grande valeur de la méthode du redressement des gibbosités pottiques.

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

Dr Paul Reynier, Chirurgien de Lariboisière.

Les rapports de M. Roux et de M. Jalaguier viennent, en effet, à l'appui des idées que j'ai toujours défendues, à savoir que l'expectative armée donne plus de succès que l'intervention hâtive, systématique, non raisonnée. Ce sont ces idées que j'ai défendues à la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques en 1896, ce sont celles que j'ai toujours défendues à la Société de Chirurgie ; et dans la dernière discussion qui a eu lieu à cette Société je restais le seul luttant à la fin de cette discussion, pour soutenir cette expectative armée, contre les partisans de l'intervention hâtive. Mais tout ce qu'on m'a objecté n'a pas ébranlé ma conviction. Plus mon expérience personnelle s'accroît, plus j'étudie les faits, plus je crois que les opinions défendues par MM. Jalaguier et Roux, sont celles qui sont les vraies. Quand vous êtes appelé dès les premières heures d'une appendicite le seul traitement doit être la glace, l'immobilité au lit, la diète absolue, l'absence de tout purgatif, et l'opium à l'intérieur.

Mais quand je dis la glace, ce n'est pas la glace comme je la vois mettre trop souvent, par des personnes qui croient faire le traitement par la glace, en faisant toucher le ventre par le fond d'une vessie de glace suspendue à un cerceau. Ainsi à peine 10 centimètres carrés de la peau du ventre se trouvent refroidis. Le traitement par la glace consiste dans l'application de une, deux ou trois grandes vessies de glace plates, suivant la largeur du ventre, reposant sur celui-ci directement et le couvrant dans son entier, sans qu'on craigne leur poids. Séparez-les simplement de la peau par une épaisseur de flanelle, et surveillez seulement pour que la peau ne devienne pas rouge, de peur des escharres. Que cette glace enfin soit renouvelée *scrupuleusement* toutes les 2 ou 3 heures, pendant tout le temps qu'il y a quelque chose dans le ventre qui vous préoccupe, par suite 3, 10, 15 jours au besoin.

Avec ce traitement toutes les fois que j'ai pu l'appliquer scrupuleusement dès les premières heures, j'ai toujours vu en 24 heures, 48 heures au plus tous les accidents disparaître. Malheureusement nous sommes appelés rarement dès les premiers accidents, et mon expérience personnelle se résume à 12 malades ; mais j'ai celle de mes élèves le Docteur Marieux, le Docteur Deroche qui ont une grosse clientèle, qui souvent voient des appendicites au début, et qui dernièrement encore me disaient que depuis qu'ils appliquaient ce traitement, ils n'avaient plus d'accidents.

Le plus souvent c'est au bout de 24 heures, de 48, de 62 heures que nous sommes appelés. Alors deux cas se présentent. Ou les accidents sont limités à la fosse iliaque, sans retentissement péritonéal exagéré, ou nous sommes en présence de phénomènes de péritonisme généralisé, ballonnement du ventre, sans localisation appréciable.

Dans le premier cas, instituer le traitement par la glace, et comme vous le dit M. Jalaguier, vous verrez ou tout s'amender, ou se limiter de plus en plus un abcès, que vous ouvrirez vers le 8me jour ou le 9me jour, quand les adhérences se seront faites. J'ai opéré ainsi 30 malades, sans avoir eu de morts à déplorer, et j'ai pu chez 51 malades faire retarder l'opération et les opérer à froid, avec une mort, que j'ai due à ma précipitation à l'opérer trop tôt, n'ayant pas laissé complètement refroidir.

Mais renvoyant au rapport de Monsieur Jalagnier, je passe rapidement sur ces faits, et j'arrive aux cas où nous sommes appelés lorsque le malade est en pleine réaction péritonéale, que nous le trouvons avec le ventre ballonné, les traits tirés, le facies péritonéal ; avec température élevée ou abaissée, pouls rapide atteignant 120 ou le dépassant, vomissements incessants, voir même fécaloïdes.

Eh bien, là encore, je vais plus loin que mon ami M. Jalaguier : devant les malades qui ont l'aspect de la péritonite, et quelques-uns de la péritonite septique, quand vous êtes appelé dans les trois ou quatre premiers jours des accidents, non le sixième, septième ou huitième jour, car dans ce cas je parlerais autrement, sachant qu'à ce moment je me trouve sûrement en présence de péritonite confirmée, ne pouvant plus rétrocéder, devant ces malades n'intervenez pas ; il faut un certain courage pour venir vous le dire, car un chirurgien peut être accusé dans ce cas-là d'être un timoré, il faut surtout bien plus de courage pour prendre devant le malade cette détermination, car à l'heure actuelle, l'entourage, le médecin, tout le monde vous poussent à l'opération, et comme vous l'a dit M. Jalaguier, l'opération sans discussion, systématique, donne plus de quiétude à l'esprit du chirurgien.

Mais malgré tout, je vous le répète avec encore plus de force que je l'ai dit à la Société de chirurgie, ne vous pressez pas dans ces cas d'intervenir. Faites le traitement par la glace, l'immobilisation et la diète absolue, l'opium, et joignez-y la caféïne, les injections de sérum, soit sous-cutanées, soit, s'il le faut, intraveineuses, et vous aurez plus de succès que par l'intervention, vous aurez des succès comme je les ai eus, même dans les cas qui vous paraissaient désespérés.

Et pour vous convaincre je ne peux mieux faire que de venir vous apporter ma statistique sur laquelle je base ma conviction, et qui j'espère entraînera la vôtre. J'ai vu vingt-un de ces cas à réaction péritonéale généralisée, sans localisation appréciable. Dans neuf cas je ne suis pas intervenu, j'ai institué le traitement par la glace, et les injections de caféine et de sérum, et huit malades sont guéris, un seul est mort, me faisant regretter de n'être pas intervenu.

Or ces neuf malades, si je ne les ai pas opérés, ce n'est pas par théorie, mais parce que je les trouvais trop bas pour oser tenter une opération, j'en appelle au témoignage des médecins qui m'avaient demandé, et qui les soignaient avec moi. J'ai donné par ailleurs leurs observations détaillées. Je les rappelle seulement ici brièvement.

Le premier était un malade qui avait été la veille pris de tous les symptômes d'une perforation intestinale. Je le vois quarante-huit heures après le début des accidents avec le docteur Deroche. Il avait un ballonnement généralisé, le pouls rapide filiforme, la température à 36. On lui fait de la caféine, on applique la glace, et une localisation se produisait, qui le huitième jour des accidents, me permettait d'ouvrir un abcès contenant des matières fécales, par une incision le long du muscle droit.

J'ai encore à vous citer la malade du docteur Desmons, que nous voyions avec le docteur Beuzier un mardi matin, trois jours après le début des accidents. Le docteur Beuzier la trouve si mal, avec une température tellement basse, un pouls tellement rapide, que lui, interventionniste de la première heure, me dit de ne pas opérer et de ne faire l'opération que si les choses continuant à aller de plus en plus mal, la famille tenait absolument à ce qu'on tente quelque chose.

Or je reviens à quatre heures, et je trouve la malade si bas, que je me refuse même à donner cette consolation à la famille. La malade avait des vomissements fécaloïdes, un pouls presque incomptable. Et cependant sous l'influence du sérum, de la caféine, de la glace, le lendemain matin le docteur Desmons me téléphonait qu'elle était sauvée, et en effet une localisation se faisait, la température remontait, et le huitième jour j'ouvrais un abcès retrocœcal, dont l'ouverture était suivie d'une fistule stercorale qui guérissait.

Je vous cite encore ces deux malades que je soigne avec le docteur Paulesco. L'une est vue par moi quatre jours après le début d'accidents d'occlusion liée à une appendicite. Je la trouve après une purgation avec huile de ricin et goutte de croton ayant des

vomissements fécaloïdes, le faciès tiré, toutefois le pouls encore bon, à 120, mais bien frappé — température 36-8. — Avec la glace, la caféïne, la malade a guéri.

Et ce jeune garçon de seize ans, que je trouve le 27 mai dans le service du docteur Lancereaux, et que me montre le docteur Paulesco ? Il entrait le 25 mai, deux jours après le début d'une appendicite, dans le service. Son médecin lui ordonne de la glace mais il l'applique pendant une heure, la laisse fondre. Il entre le 25 mai ; ventre ballonné, douloureux à la palpation partout, surtout dans la fosse iliaque ; faciès tiré, vomissements verts répétés, voix faible, pouls 100. On lui donne un petit lavement purgatif. — 26 mai. A la suite de ce lavement, selles abondantes ; le ballonnement du ventre persiste, vomissements bilieux incessants, contenant des grumeaux foncés brunâtres.

28 mai. Je le vois le 27 mai au soir ; je le trouve me parlant la voix cassée, ayant le faciès tiré, la température à 36-8, le pouls à 130 avec des vomissements toujours incessants, et le ventre toujours ballonné.

Une vessie de glace était bien mise sur le ventre, mais les infirmières l'avaient suspendue à un cerceau, et elle touchait à peine le ventre. Avec le Dr Paulesco, nous le faisons couvrir de glace, on continne l'opium, la caféine.

Sous l'influence de ce traitement, au bout de 48 heures, un mieux s'établissait, le malade guérissait, et était opéré un mois après.

J'ai 9 observations pareilles, dans lesquelles je ne croyais pas en voyant mes malades au début, à la possibilité de la guérison, et cependant ces malades ont guéri, sauf un que j'ai trouvé le quatrième jour au soir du début des accidents, avec un ballonnement généralisé, le pouls petit, le faciès mauvais avec vomissements bilieux, puis fécaloïdes. Sous l'influence de la glace, des injections de sérum intraveineuses, j'arrivais à voir se localiser une collection que j'ouvrais le huitième jour, mais le malade restait faible, mourait le lendemain de cette intervention, me laissant l'impression à moi comme au Dr Gatner, qui le soignait, que nous avions échoué au port.

Opposez à cette statistique, celle de mes interventions, ou de celles qui ont été faites dans mon service, par mes assistants, 13 fois on est intervenu toujours parce qu'on trouvait encore le pouls bon et résistant et le malade paraissant être dans les conditions à supporter une intervention.

Or, sur 13 malades ainsi opérés j'ai 4 guérisons, 9 morts et cependant j'en ai un, qu'avec le Dr Marieux, j'ai opéré 24 heures après le début des accidents ; je relève 3 opérés le troisième jour,

1 le quatrième, 1 le cinquième, 1 le sixième, 2 passé le huitième jour, 4 malades seulement dans cette série noire ont guéri. 2 opérés par moi, un par mon ami Legueu dans mon service, un autre par mon interne, à l'heure actuelle le Dr Flœrscheim.

Mais je n'ai pas relevé toutes les opérations faites par les chirurgiens de garde dans mon service. Toutes les fois qu'ils ont opéré en pleine poussée péritonéale généralisée avec ce ballonnement du ventre, ces vomissements, ce pouls précipité, je n'ai pas souvenance d'avoir vu guérir un de ces opérés sauf le malade de M. Legueu, dont je viens de vous parler.

Devant ces faits, comment voulez-vous donc que je puisse conclure autrement qu'en vous disant ce que je vous disais au début. Lorsque vous vous trouverez en présence dans les 3 ou 4 jours qui suivent le début des accidents, de ces réactions péritonéales généralisée, sans localisation nette, votre malade bénéficiera plus du traitement par la glace, le repos, la diète absolue, et l'opium, que d'une intervention.

VARIÉTÉS

A PROPOS DE LA PUÉRICULTURE (1).

Je voudrais faire quelques remarques sur ce qui vient de vous être dit au sujet de la puériculture.

Je partage l'avis du Dr Comby et je considère avec lui comme très important pour la descendance que les générateurs soient sains ou tout au moins indemnes de tares rédhibitoires. A ce propos, je signalerai qu'il est habituel dans les pays de langue anglaise et particulièrement en Amérique de demander au futur époux une assurance *récente* sur la vie ; le quantum est quelconque, parfois insignifiant ; mais c'est l'occasion d'un examen médical, sorte de confession physique dont le billet fournit une réelle garantie pratique. Les mariages diminuent, on le sait, il faut donc aussi ne point effaroucher par des lois ou règlements les *futurs* possibles.

*
* *

Ma seconde remarque a trait au rapport du professeur Pinard. Il y écrit :

(1) Communication au Congrès international d'hygiène, séance du 11 août 1900.

« Le système nerveux d'un prématuré reste à jamais incom-
« plètement développé, d'où déchéance, faiblesse fatale. Les
« appareils incomplètement développés fonctionnent prématu-
« rément, d'où infirmité. »

Je lui demande de modifier cette phrase, car nous connaissons tous d'anciens prématurés qui ne sont point des infirmes. J'ai observé beaucoup d'enfants nés avant terme (1) — moins que M. Pinard, il est vrai, mais quand même beaucoup — et je ne suis pas de son avis.

Je me demande ce qu'à lire son opinion ainsi formulée, car on la lira, soyez-en sûr, le public va penser de la couveuse, du gavage et de tous les moyens si compliqués que nous recommandons pour les prématurés, puisque tous ces soins exquis ne devraient produire que des infirmes.

*
* *

Le savant professeur de la Maternité vous propose aussi d'exprimer le vœu suivant :

« Toute femme salariée a droit au repos pendant les trois
« derniers mois de sa grossesse. »

Pour ma part, je ne le voterai point, car je le considère comme actuellement impossible à réaliser.

Nous sommes ici, il est vrai, des hygiénistes et point des législateurs, mais nous devons être possibles et pratiques, sous peine de décourager les bonnes volontés qui se manifestent cependant de toutes parts.

Certes, avec M. Pinard j'estime que le surmenage pendant les trois derniers mois de la gestation, époque de finition et de grand développement du fœtus, est très préjudiciable comme une cause fréquente d'accouchement avant terme. Sans insister sur le rapprochement avec la vache, qui porte neuf mois, nous dit-il, comme la femme, et ne travaille pas, par prescription vétérinaire, durant le dernier trimestre — il serait souhaitable que toute femme pût, sinon se reposer complètement, au moins être à l'abri du surmenage pendant les trois derniers mois de la grossesse. Mais prenez garde, c'est un droit qu'on vous propose de voter. Tout droit implique une sanction — le droit au repos c'est la rente ou au moins l'assistance assurée — et non seulement pour les indigentes, mais pour toutes *les salariées*. Joignez-y les six semaines de repos

(1) Dr Paul Berthod. *Les enfants nés avant terme. La couveuse et le gavage*. Paris, O. Doin, 1887.

après l'accouchement, tout au moins aussi utiles, et réfléchissez à la charge budgétaire.

A défaut du budget, les hôpitaux, les asiles pour femmes enceintes ou accouchées seront-ils suffisants ? Vous savez bien que non.

Vous savez bien aussi que les œuvres privées d'assistance maternelle ne sont qu'à l'état d'embryon. Elles n'ont pas la couxerture militaire ou religieuse et conséquemment la mode.

Pour aboutir, sachons nous borner et ne prescrivons pas ici, comme on nous l'observe parfois dans nos ordonnances, le luxe à des indigents ; limitons à un mois et même six semaines si vous voulez comme M. Vaillant, dans une section voisine de notre Congrès.

Un mot pour terminer; nous sommes Congrès International et le vœu que vous allez émettre dépasse Paris, dépasse la France et doit pouvoir s'adapter à l'Europe et au monde ; or, croyez-vous que le droit au repos de trois mois avant l'accouchement dans l'intêret de l'enfant, sans préjudice de six semaines après, dans l'intérêt de la mère, soit applicable seulement à nos paysans ?

Pour toutes ces différentes raisons je prie donc M. Pinard d'atténuer ici encore. Paul Berthod.

P. S. — Le vœu du professeur Pinard a été voté à cette même séance et la proposition du député Vaillant étendue dans le même sens.

FORMULAIRE, GYNÉCOLOGIE ET PÉDIATRIE

Traitement de la chorée par le cacodylate de soude. — Garand a publié trois observations de chorée où la guérison a été obtenue par le cacodylate de soude administré par la voie rectale.

Il s'agit de trois fillettes, âgées respectivement de 12, 14 et 8 ans, de bonne santé habituelle, sans antécédents rhumatismaux, et chez lesquelles la chorée s'était installée à la suite d'une peur. Chez la première l'affection datait de deux ans, chez les deux autres le début remontait à trois mois.

Les deux premières enfants reçurent dans le rectum, pendant cinq jours, une injecion de 5 centimètres cubes d'une solution à 0 gr. 50 p. 200 ; deux injections pendant les cinq jours suivants ; trois pendant les cinq autres jours. Repos de cinq jours, puis reprise de la série. La solution employée renfermant 0 gr. 612,5 de cacodylate de soude pour 0 gr.5 de liquide, les petites malades ont donc pris au total 0 gr.75 de médicament pendant le mois de traitement. A la fin de cette période aucun trouble choréique ne persistait. Les petites malades ont été laissées douze jours sans médication, et la guérison s'est maintenue.

Chez la troisième fillette les accidents ont cédé au bout de quinze jours d'injections à doses progressives.

En dehors du succès très net du

traitement cacodylique, il est démontrée qu'il a été parfaitement toléré. (*Loire médicale*, mars 1900.)

Tumeurs sous-conjonctivales congénitales. — M. Dreyer-Dufer a présenté à la Société d'ophtalmologie de Paris deux petits malades atteints de *tumeur sous-conjonctivale congénitale*. Ces tumeurs sont dissemblables sauf par leur communauté d'origine, l'inclusion fœtale, et leur situation sous la conjonctive, l'une épibulbaire, l'autre dans l'épaisseur de la paupière, de sorte que par renversement de celle-ci, on peut la faire saillir sous la conjonctive palbébrale. La première de ces enfants avait depuis sa naissance « *une peau* » sur l'œil gauche. C'est un *dermolipome sous-conjonctival*, tumeur flasque largement insérée sur la partie externe du globe, s'avançant vers les culs-de-sac et prenant l'aspect lorsqu'on ne touche pas aux paupières, d'un repli blanchâtre situé au niveau du canthus minor, derrière lui, repli d'apparence triangulaire à base du côté de la cornée et à sommet formé par l'angle des paupières. En élargissant la fente palpébrale, c'est-à-dire en attirant le canthus vers la tempe, la tumeur se montre recouverte par une conjonctive blanc rosé; elle n'est pas réductible et paraît être dans une loge bien à elle, indépendante de la loge orbitaire. M. Dreyer-Dufer, après avoir fait la canthotomie desséquera la tumeur, l'enlèvera, puis réunira la plaie.

L'enfant qui fait l'objet de la deuxième partie de la communication présente une tuméfaction froide vers la région de la glande lacrymale gauche et s'avançant dans l'épaisseur de la paupière pour donner à la physionomie un aspect spécial qui se rencontre dans la dacryo-adénite et aussi dans les gros chalazions de la région. Par le palper on constate aussi la présence d'un *kyste dermoïde* fixé par une base assez large à la partie tout à fait externe du rebord orbitaire Le siège *palpébral* de ce kyste est insolite. L'intervention qui se fera par une incision cutanée ne présente du reste rien de particulier.

La Transformation maligne des nævi. — Le nævus, surtout s'il est pigmentaire, est assez fréquemment le siège d'une dégénérescence maligne et il n'est pas rare de voir ces tumeurs, bénignes pendant très longtemps, revêtir les caractères d'une tumeur de mauvaise nature. M. le Dr Delisle attire l'attention sur ces faits en montrant par divers exemples la nécessité où l'on est de surveiller les tumeurs, afin de les opérer en temps utile.

Lorsque la dégénérescence d'un nævus est sur le point de se faire, on peut observer au niveau de la lésion des phénomènes qui doivent attirer l'attention du clinicien. Alors même qu'il n'y a pas de modification dans l'aspect objectif, il peut y avoir des démangeaisons, des picotements, des sensations d'ardeur qui doivent être considérés comme suspects.

D'ailleurs, si le nævus, de par son siège, est susceptible d'être soumis à des causes d'irritation quelconques, à plus forte raison s'il est une cause de gêne, l'ablation en devra être faite : les causes d'irritation, en effet ne sont probablement pas sans influence sur la dégénérescence des nævi. Parfois l'on verra chez de tout jeunes sujets, les nævi subir un accroissement très rapide : il sera sage alors d'arrêter ce développement inquiétant en extirpant la tumeur.

De nos jours, où les opérations sanglantes s'effectuent dans des conditions de sécurité pour ainsi dire absolue, il semble qu'on ne doit avoir recours qu'au bistouri pour la suppression de ces tumeurs. Cependant, en raison de leur volume souvent minime, des applications caustiques peuvent suffire, mais en général une ablation largement faite est préférable. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, juin 1900.)

La Glycosurie alimentaire des nouveaux-nés. — Eugène Terrien rapporte les résultats des 42 examens de glycosurie alimentaire chez des nourrissons atteints de gastro-entérite. Pour obtenir des résultats comparables, il est nécessaire de se conformer à une technique uniforme (nature du sucre employé, dilution, mode d'administration).

La glycosurie alimentaire ne survient dans l'état physiologique chez le nourrisson qu'avec des doses élevées de sucre, cinq grammes au moins de glucose pure, quatre grammes et demie de lactose pure par kilog. du poids du corps.

Dans la gastro-entérite, elle survient avec des doses de 3 gr. 50 et même moins. La glycosurie alimentaire s'observe alors dans près de la moitié des cas ; elle est en relation directe avec deux facteurs : la diarrhée et l'amaigrissement.

On pourrait peut-être de ces résul-

tats tirer une conclusion, et affirmer l'insuffisance fonctionnelle du foie dans la gastro-entérite. Mais c'est là un point que l'auteur ne veut pas aborder, et il se borne à constater : la fréquence de la glycosurie dans la gastro-entérite des nourrissons.

La nutrition de l'enfant et de l'adulte. — Lambling ayant eu l'occasion de suivre un enfant du sexe masculin, nourri au sein dans des conditions permettant une détermination exacte du lait consommé en même temps que les analyses de ce lait, apporte ainsi le bilan des recettes réalisées par l'organisme, pendant un grand nombre de semaines.

L'enfant à la naissance, pesait (11 mars 1899) 3,135 grammes ; le 15 avril 4,420 au 35e jour on dut changer de nourrice, et l'observation rigoureuse ne commença qu'au 43e jour. On détermina : la quantité de lait consommée par jour ; l'augmentation de poids de l'enfant ; la composition du lait.

L'enfant était pesé avant et après chaque tétée ; la différence entre les deux tares donnait le poids de la tétée ; comme ces tétées duraient environ trente minutes, soit pour huit, à peu près trois heures par jour, on tenait compte de la perte de poids, par le poumon et la peau ; cette perte oscille, d'après Camerer, pour trois heures, entre 17 et 25 grammes du 43e au 106e jour.

L'enfant était régulièrement pesé tous les sept jours, le matin, avant le bain, au moins dans les premiers temps.

La composition du lait consommé donnait lieu pour sa détermination à d'assez grandes difficultés, car les variations que présente le lait de femme sont des plus considérables.

Voici quelques-unes des moyennes générales des résultats de Johannessen et Wang sur ce sujet, exprimées en grammes, et rapportées à 1,000 centimètres cubes de lait :

	Matières albumin.	Beurre.	Sucre de lait
Avant la tétée.	11.1	16.5	61.5
Pendant.....	13.1	32 4	61.6
Après.....	16.7	38.4	59.1

Néanmoins, en prenant des précautions suffisantes pour obtenir de bons échantillons moyens, on constate que chez une même femme, la composition du lait est assez constante.

M. Lambing n'a pu se livrer qu'à quatre déterminations de la composition du lait employé. Il a déterminé la quantité de matières albuminoïdes au moyen du dosage d'azote d'après Kjeldah sur 10 centimètres cubes, multipliant le résultat par le facteur 6,25 ; la graisse a été dosée au galactotimètre d'Adam ; le poids du sucre a été obtenu en retranchant du poids de l'extrait sec celui des cendres, des matières albuminoïdes et du beurre.

Voici la moyenne des résultats obtenus pour 1,000 centimètres cubes en y joignant les valeurs thermiques correspondantes :

	Grammes	Calories
Matières albuminoïd.	13.5 soit	55.3
Graisse.....	26.9 —	250.2
Sucre de lait.....	74.5 —	305.4
Total....		610.9

Un litre de lait consommé représentait donc environ 611 calories.

Rapporté au kilogramme de poids vif, l'apport thermique total a été en moyenne de 91 calories par jour, alors qu'il est de 32 à 38 pour l'adulte, et la recette moyenne a été de 85 à 86 calories nettes par jour.

L'apport d'albumine a été d'environ 2 grammes par kilogramme et par jour, restant constant malgré l'augmentation du poids de l'enfant qui a été du simple au double.

Il faut faire le départ entre ce qui, dans l'apport, sert à l'accroissement de poids, ce qui est dépensé quotidiennement en chaleur et en travail mécanique ; il faut pour cela dresser un bilan complet des recettes et des dépenses de l'organisme. D'après les calculs de Rubner et Heubner dans un cas semblable, l'enfant dont s'occupait M. Lambling ayant présenté le poids moyen de 5 kilogrammes, ayant reçu comme ration d'entretien 608 grammes en moyenne de lait de femme par jour, soit 352 calories nettes, déduction faite des pertes, ou 70 calories par kilogramme, l'auteur conclut que sur 100 calories nettes apportées par la ration, 80 ont été employées pour l'entretien et 20 pour l'accroissement. (*Nord médical*, mai 1900.)

Traitement de la gale chez l'enfant

Pour éviter l'action irritante du traitement ordinaire de la gale chez l'enfant, M. le Dr Léon Perrin fait frictionner celui-ci, le soir, sur tout le corps, de la préparation suivante :

Huile de camomille camphrée	100 gr.
Onguent de styrax liquide...	20 —
Baume du Pérou.....	5 —

L'enfant conserve pendant la nuit le corps enduit de ce mélange ; le

lendemain on fait un lavage savonneux à l'eau chaude et on poudre le corps avec l'amidon, ou bien, si la peau est un peu enflammée, on fait appliquer de la pommade à l'oxyde de zinc pendant le jour. Dès la première nuit, le bénéfice de cette médication se fait sentir, l'enfant a moins de démangeaisons et, au bout de huit à dix jours, la guérison est obtenue. Pour ne pas être exposé à voir survenir des récidives, on doit faire une désinfection des vêtements qui ne peuvent se laver.

Pour régulariser la menstruation

(A. Robin.)

On ordonnera à la malade de prendre, au moment des deux principaux repas, 8 jours avant l'époque présumée des règles, 1 à 3 cuillerées à café de la potion suivante :

Elixir de Garus.....	100 gr
Extrait fluide d'hydrastis canadensis.....	ââ 5 gr.
Extrait fluide de viburnium prunifolium.....	
Extrait fluide de gossypium herbaceum.....	

M.S.A.

On cessera, dès le jour réglementaire de l'époque, afin de ne pas influencer celle-ci ; mais si le flux traine plus que de raison, ce qui est fréquent, on reprendra la mixture dès le 4e jour. En cas d'intolérance pour les médicaments de cette prescription, on pourrait conseiller l'usage des pilules d'ergotine suivantes :

Ergotine.....	0 gr. 10
Poudre de sang. — Dragon	0 gr. 10

Pour 1 pilule : 4 à 6 par jour.

ou bien la potion suivante :

Ergotine.....	5 gr.
Acide gallique.....	0 gr. 50
Sirop de térébenthine...	30 gr.
Eau de tilleul.....	120 gr.

4 à 6 cuillerées par jour.

Traitement des nævi vasculaires des nourrissons.

(Unna, de Hambourg.)

L'auteur traite, avec succès, chez les nourrissons, les nævi vasculaires par la compression au moyen du collodion ichtyolé. Il badigeonne le nævus 2 ou 3 fois par jour avec un mélange de :

Collodion.....	9 p.
Ichtyol.....	1 p.

jusqu'à ce qu'il se forme une croûte noirâtre, épaisse, qu'on laisse ensuite se détacher d'elle-même. Puis on recommence le même badigeonnage, en s'aidant au début d'un attouchement avec la pointe fine d'un thermocautère ou d'un galvanocautère.

Le traitement doit être continué longtemps, même après la guérison apparente du nævus.

Formule contre la coqueluche.

(Concetti.)

Résorcine.....	2 gr.
Antipyrine.....	1 gr.
Eau distillée.....	70 gr.
Teinture d'opium.....	III gouttes
Teinture de belladone	VIII —
Sirop de codéine.....	10 gr.
Sirop de cédrat.....	20 gr.

M. s. a.

Chez les enfants au-dessous d'un an, cette potion doit être prise en 3 jours de 1 à 3 ans, en 2 jours : au-dessus de 3 années, elle doit être absorbée dans les 24 heures.

Potion contre la coqueluche.

(M. R. Guaita.)

Chlorhydrate de phénocolle.....	ââ 0 gr. 50
Antipyrine.....	
Bromure de potassium..	0 gr. 40
Sirop d'écorce d'oranges amères.....	ââ 0 gr.
Eau de fleurs d'oranger	

Mêlez. — Faire prendre en 4 fois dans les 24 heures tout le contenu du flacon (pour un enfant de 8 ans).

On continue l'usage de cette même potion pendant 3 jours ; puis on porte à 1 gr. 20 la dose journalière du chlorhydrate de phénocolle, à 0 gr. 80 celle de l'antipyrine et à 0 gr. 50 celle du bromure de potassium ; enfin, après une nouvelle période de 3 jours, on prescrit 1 gr. 50 de chlorhydrate de phénocolle, 1 gr. d'antipyrine et 0 gr. 60 de bromure de potassium, toujours dans une potion de 50 gr., à prendre en 4 fois dans le courant des 24 heures.

Cette médication aurait pour effet de diminuer d'une façon rapide le nombre et l'intensité des quintes et d'abréger considérablement la durée de la coqueluche.

Traitement des hémorrhoïdes.

Saupoudrer les bourrelets hémorrhoïdaux avec du *calomel* ; en même temps on donne aux malades des laxatifs.

Pour les *hémorrhoïdes internes* on peut employer des suppositoires au calomel.

Le calomel constitue non seulement un excellent procédé curatif contre les hémorrhoïdes, mais aussi une médication préventive contre leur étranglement qui, avec la phlébite qui l'accompagne, produit les affreuses crises hémorrhoïdaires. Matin et soir, après chaque selle, laver soigneusement l'anus avec l'eau boriquée puis appliquer sur et dans l'anus une couche de la pommade :

Vaseline.....	ãã 15 grammes.
Lanoline.....	
Calomel.....	2 —

On peut, suivant les circonstances, ajouter soit de l'extrait thébaïque. 20 à 25 centigrammes, soit de l'extrait de belladone, même dose.

Suppositoire :

Aristol.....	0 gr. 30 cent.
Chrysarobine.....	0 » 50 »
Ext. de belladone...	0 » 10 »
Beurre de cacao.....	30 grammes.

Pour dix suppositoires. Un par jour.

Pommade :

Extrait d'hamamelis.	0 gr. 50 cent.
— de ratanhia..	0 » 75 »
— belladone...	0 » 10 »
Vaseline.....	30 grammes.

Dans les cas d'hémorrhoïdes non procidentes :

Vaseline.....	15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20 c.
Antipyrine.....	1 — 50 c.
Salol.....	1 gramme.
Cire.....	Q. s. pour consistance assez solide.

En appliquer dans l'anus deux à trois fois par jour gros comme une petite noisette.

Quand les hémorrhoïdes ont de la tendance à sortir, on emploiera la pommade suivante aux mêmes doses :

Vaseline.....	20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 15 c.
Tanin.....	1 gramme.
Extrait de ratanhia...	0 gr. 50 c.
— de belladone..	0 — 10 c.

Faire usage du liniment suivant :

Extrait fluide d'hamamelis virginica. ...	ãã 16 gram.
Extrait fluide d'hydrasis canadensis.....	
Teinture de benjoin composée.....	
Teinture de belladone..	4 —
Huile d'olive phéniquée à 5 %.....	32 —

Mêlez. Usage externe.

Vingt à trente gouttes par jour de teinture de marrons d'Inde. (Arnault).

KOSSOBERDCKJI.

1° Chrysarobine.....	0 gr. 75 c.
Iodoforme.....	0 » 30 »
Ext. de belladone....	0 » 60 »
Vaseline.....	15 gram.

Appliquer cette pommade, à l'extérieur, deux ou trois fois par jour :

Suppositoire :

2° Chrysarobine.....	0 gr. 08 c.
Iodoforme.....	0 » 02 »
Ext. de belladone.....	0 » 01 »
Beurre de cacao.....	2 gram.

CRINON.

Capsicum fastigiatum (piment de Cayenne) concassé.....	1 partie.
Alcool à 60°.....	5 —

Dix gouttes dans un peu d'eau avant les repas.

Traitement par le collodion.

Un seul badigeonnage de l'anus avec du collodion simple suffirait pour faire disparaître la démangeaison pendant douze à vingt-quatre heures.

L'application, sur la tumeur hémorroïdaire, d'une mince couche d'ouate imbibée de collodion simple (non riciné) a pour effet non seulement de procurer un soulagement considérable, mais encore d'amener une réduction progressive du volume de l'hémorroïde.

On peut éviter la douleur provoquée par cette application au moyen d'un badigeonnage préalable à la cocaïne.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

—

LA SÉCRÉTION LACTÉE ET LA VACUITÉ DE L'UTÉRUS

Par le Dr Flandrin, de Grenoble.

Nous appelons l'attention des accoucheurs et des médecins légistes sur la proposition suivante émise par M. le Dr Flandrin :

La montée du lait survenant à la suite d'un avortement permet seule d'affirmer la vacuité absolue de l'utérus en l'absence de toute constatation maternelle.

Voici sur quels faits M. le Dr Flandrin appuie cette proposition :

Dans le numéro du *Dauphiné médical* de février 1895, le Dr Hermite publiait l'observation suivante que nous résumons :

Secondipare de 29 ans, fait une fausse couche de cinq mois, elle se lève au bout de huit jours convaincue que le placenta a été expulsé, mais elle est bientôt prise de fièvre et, vingt jours après l'expulsion du fœtus, le Dr Hermite, en pratiquant le curettage utérin, extrait la totalité du placenta. Trois jours après cette intervention, dans les glandes mammaires, jusqu'alors silencieuses, la montée du lait a lieu ; l'écoulement spontané, très modéré du reste, de sérosité lactée dure pendant une dizaine de jours.

Notre confrère, en terminant son observation, insistait sur l'absence absolue d'hémorragie utérine, signe de décollement placentaire, jusqu'au jour du curettage, et sur l'apparition de la flexion mammaire après l'évacuation totale du contenu utérin. Il sera « intéressant, disait-il, de rechercher dans d'autres observations si tout retard d'expulsion du placenta retarde la montée laiteuse des seins ».

C'est pour répondre au désir exprimé par le Dr Hermite que nous apportons l'observation suivante :

Mme ***, quatripare (deux accouchements à terme, un avortement de trois mois), grosse de deux mois et demi environ, est prise d'hémorragies utérines faibles vers le 10 août 1899. Des douleurs violentes de travail apparaissent dans la nuit du 11 au 12 août avec perte de sang abondante et caillots ; elles cessent dans la matinée du même jour après l'expulsion d'un petit embryon qui a été conservé et qu'on me montre le lendemain 13 août : il mesure sept centimètres environ.

Dans l'après-midi du 12 août, des coliques utérines assez fortes ont repris pendant plusieurs heures, accompagnées d'une perte de sang modérée, puis ont cessé spontanément.

Je vois la malade pour la première fois le 13 août, à 6 heures du soir ; dans les caillots que l'on me présente je ne trouve rien qui ressemble à un débris de placenta ou de membranes. Mme *** a la sensation que tout n'est pas sorti, même après la reprise des contractions utérines signalées plus haut.

Toucher : L'index est enfoncé aussi haut que possible dans le col, mais ne parvient pas à dépasser beaucoup l'orifice interne du col et ne sent rien qui ressemble à un débris ovulaire détaché ou adhérent ; par le palper combiné je trouve l'utérus très mobile, augmenté *légèrement* de volume. Mon impression est que placenta et membranes ont été expulsés et confondus avec les caillots jetés avant mon arrivée.

Le 15 août et les jours suivants, pertes sanguines insignifiantes, pas la moindre colique utérine. La température rectale prise avec soin dès ma première visite oscille entre 37°9 (maximum du soir) et 37°3 (maximum du matin).

Le 21 août, je revois Mme *** vers 4 heures du soir et la trouve levée pour la première fois ; elle me dit avoir perdu un peu plus que précédemment l'avant-veille et la veille : pas de température, pas de douleurs.

Je la quitte en lui disant que nous ne devons plus nous préoccuper du placenta qui, sûrement, a été expulsé le premier jour et perdu au milieu du sang.

Affirmation imprudente s'il en fut ! En effet, quelques heures après, vers 9 heures du soir, Mme *** est reprise subitement d'une hémorragie abondante accompagnée de quelques douleurs et, vers 1 heure du matin (22 août) je retire du vagin rempli de caillots *le placenta entier* !

Suites parfaites, température rectale entre 37°2 et 37°.

C'est alors que, me rappelant l'observation du Dr Hermite, je surveille les phénomènes qui se passèrent du côté des seins.

Restés *absolument* silencieux jusqu'alors, ils commencèrent à augmenter de volume le 23 août dans la soirée, soit douze jours après l'expulsion de l'embryon et deux jours après la délivrance.

Le maximum de la fluxion mammaire eut lieu le 26 août et tout était rentré dans l'ordre le 28 août, sans qu'aucune médication ne fût intervenue. Il n'y eut pendant ces quelques jours qu'un faible suintement de sérosité lactée.

La rétention placentaire au cours de l'avortement est une chose fréquente ; mais, comme le faisait remarquer le Dr Hermite dans son observation, il ne semble pas qu'on ait signalé les rapports qui peuvent exister entre ce fait et la montée de lait.

Or, après la rupture du sac ovulaire et l'expulsion de l'embryon on peut observer les deux ordres de faits suivants :

Dans un premier cas, il y a détachement assez rapide du placenta, et si son expulsion est retardée par le retrait des orifices du col, on en est du moins averti par la persistance ou le retour rapide de l'hémorragie ; alors, du reste, le muscle utérin ne tarde pas à chasser le corps étranger passif qui excite sa contractilité.

Mais il peut en être tout autrement, et il arrive parfois, comme dans les deux observations précédentes, que le placenta ne perde que longtemps après l'ouverture de l'œuf ses connexions avec la paroi utérine. Il semble continuer à vivre là comme un parasite et, de fait, lorsqu'on le recueille (au bout de 12 jours dans notre cas), il n'est ni désagrégé, ni putréfié. Son décollement s'annonce par un retour de l'hémorragie que suit de près son expulsion.

L'hémorragie est donc le symptôme sur lequel on peut se baser pour diagnostiquer le décollement du placenta et pronostiquer sa sortie prochaine.

Or, comme cela arrive souvent, on n'a pu suivre attentivement les phases successives de l'avortement, comment être assuré que l'expulsion des débris ovulaires (placenta et membranes) n'a pas suivi immédiatement la sortie de l'embryon qui seul a pu être recueilli ? Tout s'est passé autour d'un flux sanguin souvent considérable, le placenta est-il sorti ?

Resterait donc l'établissement de la fonction lactée, passagère, il est vrai, puisque aucune tentative d'allaitement n'a lieu, mais qui ne passe jamais inaperçue, surtout en tant que fluxion mammaire.

Si vraiment elle n'apparaît qu'après ce que nous appellerons la *mort placentaire*, sa constatation ne mérite-t-elle de devenir un signe pronostic des plus importants et qui mérite d'être établi avec soin ?

Les observations analogues à celles que nous relatons ici devront se multiplier pour permettre d'affirmer l'exactitude de la proposition suivante :

L'apparition des phénomènes qui caractérisent la montée de lait (fluxion mammaire et sécrétion séro-lactée), survenant à la suite d'un avortement, permet seule d'affirmer la vacuité absolue de l'utérus en l'absence de toute constatation matérielle de la sortie de l'embryon et des annexes.

LA VERSION PODALIQUE PAR MANŒUVRES INTERNES

Les opérations obstétricales les mieux connues ont parfois besoin d'être remémorées. C'est à ce titre que nous donnons en un résumé synoptique le chapitre intéressant que le Dr Maire consacre à sa revue obstétricale du *Progrès médical*.

I.— Indications.— 1° *Présentation de l'épaule pendant le travail* (lorsqu'on n'a pu réussir par manœuvres externes) ; 2° *Accidents vers la fin du travail* (hémorrhagie grave, rupture utérine, etc.) quelle que soit la présentation ; 3° *Présentation de la face* (lorsque cette partie reste élevée et ne se fléchit, ni ne se défléchit ; 4° *Bassins symétriques* (quand la tête est en bas et l'occiput du côté de la partie rétrécie.

II. — Conditions nécessaires. — 1° Orifice utérin complètement dilaté ou suffisamment dilatable ; 2° Partie fœtale pas trop engagée (pour pouvoir la repousser) ; 3° Bassin pas trop rétréci ; 4° Membranes intactes ou récemment rompues ; 5° Utérus pas trop rétracté (sans quoi l'évolution ne pourrait se faire sans rupture utérine).

III. — Soins préliminaires. — A. *Mère*. — *a*) Prévenir la mère ou, à défaut, le parent le plus proche ; *b*) s'assurer de trois aides; un pour chaque jambe, le troisième pour l'anesthésie éventuelle ou pour retenir la parturiente par les aiselles ; *c*) vider la vessie ; *d*) vider le rectum ; *e*) la mettre dans la position obstétricale sur *un lit élevé et peu élastique* ; *f*) antisepsie des organes génitaux.

B. *Enfant*. — *a*) De quoi le ranimer (baignoire, eau chaude, insufflateur, farine de moutarde, deux grands vases, pince à langue, etc.) ; *b*) forceps (pour être appliqué éventuellement sur la tête dernière).

C. *Accoucheur*. — *a*) S'assurer du parquet (s'il est ciré on jette de l'eau et l'on recouvre d'un drap ; *b*) fixer les manches au-dessus du coude ; *c*) antisepsie des avant-bras et des mains ; *d*) enduire de vaseline *stérilisée* l'avant-bras et la *face dorsale* de la main qui doit opérer.

Manuel opératoire.— *Premier temps*. — Introduction de la main. Dans l'intervalle des contractions : *choix de la main* : sommet et face : main dont la face palmaire regarde le plan antérieur du fœtus ; épaule : mains du même côté que la tête par rapport à l'accoucheur. (Ex. tête : à droite — main gauche). *Introduc-*

tion de la main : en tronc de cône, l'autre écartant les grandes lèvres, puis la première ayant pénétré dans le canal vulvaire, *on place la seconde sur le fond de l'utérus.*

Deuxième temps. — Rupture des membranes. Dans l'intervalle des contractions : enfoncer tout de suite le bras pour empêcher le liquide amniotique de sortir.

Troisième temps. — Saisie des pieds. Dans l'intervalle des contractions. Prendre si possible, les deux pieds, sinon : *choix du pied* : sommet et face : pied antérieur ; épaule ; dorso-antérieures (pied inférieur), dorso-postérieures (pied supérieur).

Quatrième temps. — Evolution. Dans l'intervalle des contractions : on tire *lentement* en bas. *L'autre main reste placée sur l'abdomen* et suit les progrès jusqu'à ce que le pied saisi soit à la vulve.

Cinquième temps. — Extraction. Pendant les contractions : (*Remarque* : ne jamais prendre le fœtus en appuyant sur l'abdomen ; *a*) On tire *en bas* et *lentement* sur le pied saisi jusqu'à ce que l'ombilic soit visible ; *b*) *on fait une anse flottante au cordon*; *c*) on continue à tirer jusqu'à ce que l'autre jambe se dégage ; *d*) on prend alors chaque cuisse, dans chaque main, à pleine main, chaque pouce se trouvant sur chaque fesse, et on continue à tirer jusqu'à ce que les épaules apparaissent à la vulve ; *e*) on saisit les deux jambes du fœtus dans la même main, celle dont la face palmaire regarde le ventre du fœtus ; *f*) avec l'autre main on dégage les deux épaules, en commençant par l'épaule postérieure: on met le pouce dans l'aisselle du fœtus, les deux doigts suivants en attelle sur le bras : on fait passer ce bras le long de la face du fœtus de façon à ce qu'il ait l'air de le moucher ; *g*) on termine par la manœuvre de Mauriceau.

Manœuvre de Mauriceau. — 1° Prendre les deux jambes du fœtus dans la main dont la face palmaire regarde le plan postérieur du fœtus ; 2° introduire l'index et le médius de l'autre main dans le vagin et ensuite dans la bouche du fœtus ; 3° Mettre le fœtus à cheval sur le bras correspondant aux doigts introduits dans la bouche ; 4° placer l'index et le médius de la main devenue libre à cheval sur le cou du fœtus, *en évitant bien de les replier en crochet* (compression du plexus cervical) ; 5° tirer, pour amener la tête sur le plancher périnéal ; 6° rotation interne, pour amener en occipito-pubienne ; 7° tirer pour engager l'occiput sous la symphyse ; 8° dégagement en appuyant sur le maxillaire inférieur et relevant le fœtus, en lui faisant décrire un arc

de cercle, comme pour amener son dos sur le ventre de la mère pendant qu'un aide soutient le périnée.

DIFFICULTÉS. — 1° *Indocilité de la femme :* anesthésie.

2° *La vulve ou l'orifice vaginal inférieur sont trop étroits pour laisser pénétrer la main* (étroitesse congénitale, contracture spasmodique, etc.) Se servir de vaseline et user de patience ; en cas d'insuccès, anesthésie.

3° *La vulve est très œdématiée* (albuminurie, introduction répétée de la main dans les organes génitaux). Des mouchetures diminueront le volume de cet œdème.

4° *On se trouve en présence de tumeurs de la vulve ou du vagin.* Il est rare que leur volume empêche l'introduction de la main. Dans le cas contraire, on ponctionne la tumeur, si elle est liquide ; on l'enlève si elle est solide.

5° *La main est arrêtée par des brides cicatricielles ou des cloisons du vagin.* On débride au bistouri ou aux ciseaux.

6° *Le vagin s'est rétracté sous l'influence d'injections répétées et chaudes.* On lubréfie largement le vagin avec de la vaseline.

7° *Il y a procidence du cordon.* On le remonte aussi haut que possible sans le serrer, de façon à ne pas le comprimer avec l'avant-bras.

8° *Il y a procidence d'un bras.* On met un lac sur le poignet et on confie le lac à un aide. Quand on arrive au dégagement du tronc, on reprend le lac et empêche ainsi le relèvement du membre supérieur. Si la main était dans le vagin, on l'abaisserait pour mettre le lac. Si on ne peut pas l'abaisser, on passe les cinq doigts de la main droite en cône dans le nœud coulant du lac, on introduit ainsi cette main dans le vagin, avec le bout des doigts on saisit la main du fœtus, et enfin, avec les doigts de la main gauche, on fait glisser le lac, de sa main sur le poignet du fœtus, après quoi on tire pour serrer le nœud coulant.

9° *Il y a procidence des deux bras.* On agit *séparément* pour chaque bras de la façon indiquée plus haut, donc *deux lacs.*

10° *Le col n'est pas complètement dilaté : a)* il y a urgence à intervenir : anesthésie, dilatation avec le ballon de Champetier, l'écarteur de Tarnier, ou mieux avec les doigts introduits successivement ; *b)* il n'y a pas urgence ; on attend, ou bien s'il y a intérêt à changer la présentation, on introduit la main à travers l'orifice incomplètement dilaté, on fait évoluer le fœtus et on met un lac au pied amené, puis on attend la dilatation complète.

11° *On se trouve en présence de tumeurs du col.* Rarement elles sont assez volumineuses pour empêcher la version. Dans le

cas contraire, celle-ci est contre-indiquée, à moins que la tumeur ne puisse être enlevée simplement.

12° *Placenta inséré complètement sur le segment inférieur.* On décolle rapidement la partie du placenta qui se présente, on rompt largement les membranes et on pénètre dans l'œuf : l'avant bras fait fonction de tampon, et il n'y a pas d'hémorragie grave.

13° *La partie fœtale ne peut pas être rétropulsée.* Renoncer à la version.

14° *La main chemine dans l'œuf, il survient une contraction utérine.* La main doit être maintenue à plat, contre le fœtus, tant que dure la contraction, (fermée, ses saillies articulaires favoriseraient la rupture utérine.)

15° *L'utérus reste contracté, tétanisé* (seigle ergoté). Bain, injection de morphine, anesthésie. Si la rétraction est trop prononcée, renoncer à la version.

16° *La main se fatigue par les contractions.* Changer de main.

17° *On ne peut arriver à saisir un pied.* Accrocher un genou à l'aide d'un doigt placé dans le creux poplité et l'abaisser. Si c'est impossible, mettre la femme dans le décubitus latéral, introduire la main qui porte le nom du côté sur lequel la femme est couchée. On peut encore mettre dans la position génupectorale.

18° *Il y a des circulaires du cordon.* Les faire passer par-dessus le fœtus.

19° *Le pied glisse.* Sortir la main et la réintroduire, l'extrémité des doigts passée dans un lac à longs chefs que l'on glissera sur le pied au niveau des malléoles.

20° *Il est impossible de faire évoluer le fœtus.* Faire mettre la femme dans le décubitus latéral ou dans la position génu-pectorale. Si la fixité du fœtus persiste, renoncer à la version.

21° *On a saisi le mauvais pied.* On peut tenter d'abaisser l'autre pied, en tirant, à l'aide d'un index introduit dans l'angle aigu formé par la cuisse et l'abdomen sur lequel elle est fléchie. Si ce n'est pas possible, entourer cette jambe d'une compresse et tirer en décrivant un mouvement d'hélice qui amènera le dos en avant. (Lorsque cette rotation se fait spontanément elle se fait par le chemin le plus long, il y a donc indication à imiter la nature.)

22° *Le cordon est tendre, on ne peut faire une anse.* On le lie, on le coupe et on termine le plus rapidement possible l'extraction. S'il est trop haut pour être lié, on comprime le bout fœtal entre deux doigts jusqu'à ce qu'il apparaisse, ou bien, on place sur ce bout une pince longuette ou une pince clamp.

23° *Un des bras ne peut absolument pas être dégagé.* On dé-

gage la tête sans s'en occuper, il peut y avoir alors fracture de l'humérus, mais la guérison en est relativement simple.

24° *La tête est retenue par le col.* Tirer en plaçant les mains comme pour la manœuvre de Mauriceau. Si on échoue : forceps sur la tête dernière. Comme suprême ressource : débrider le col aux ciseaux.

25° *L'occiput est en arrière.* Chercher à le ramener en avant, en confiant les jambes du fœtus à un aide qui le supporte pendant qu'on essaie la rotation, en plaçant les mains comme pour la manœuvre de Mauriceau. Si on échoue, relever fortement le tronc du fœtus, en ramenant son plan antérieur vers le plan antérieur de la femme et dégager ventre contre ventre. Si cette manœuvre elle-même ne réussit pas recourir au forceps.

26° *La tête est retenue au détroit supérieur rétréci.*

Manœuvre de Champetier. — A. Prendre les deux jambes du fœtus dans la main dont la face palmaire regarde le plan postérieur du fœtus. — B. Introduire l'index et le médius de l'autre main dans le vagin et ensuite dans la bouche du fœtus. — C. Confier les deux jambes du fœtus à un aide, ou à défaut mettre le fœtus à cheval sur le bras correspondant au doigt introduit dans la bouche. — D. Placer l'index et le médius de la main devenue libre, à cheval sur le cou du fœtus, *en évitant bien de les replier en crochet*, (compression du plexus cervical). — E. Pousser, à l'aide des doigts placés dans la bouche, la tête du côté de l'occiput, pour la refouler dans la fosse iliaque correspondante. — F. Tirer sur le maxillaire inférieur pour fléchir la tête, pendant qu'un second aide, placé à genoux sur le lit ou la table d'opération refoule avec la paume de la main, à travers la paroi abdominale, la tête dans la même direction que l'opérateur du côté de l'occiput d'abord, et en bas ensuite en appuyant sur le front. — G. *a*) Ordonner à l'aide qui tient les jambes de tirer progressivement ; *b*) Faire pousser fortement par le second aide dans l'axe du bassin ; *c*) Pendant ce temps, tirer en haut et en avant à l'aide des deux mains pour engager le pariétal postérieur d'abord, le pariétal antérieur ensuite, (en tirant alors en bas). — H. La tête ayant ainsi franchi le détroit supérieur, terminer par la manœuvre de Mauriceau.

En cas d'insuccès de la manœuvre de Champetier, terminer par la symphiséotomie rapide si l'enfant est vivant, ou par la basiotripsie, s'il y a peu ou pas d'espoir.

GYNÉCOLOGIE

—

NÉPHRITE ÉPITHÉLIALE SUBAIGUE, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES, REIN FLOTTANT, MALADIE DE BASEDOW ET HYSTÉRIE, COMBINÉES CHEZ UNE JEUNE FEMME.

Par le Dr A. Raïchline
Médecin consultant à Nice et à Contrexéville.

Les cas compliqués, où plusieurs maladies ou syndromes nosologiques se trouvent réunis et enchaînés dans un même organisme malade, présentent toujours un intérêt clinique tout particulier. D'abord, au point de vue clinique, il importe de bien pénétrer le caractère et la valeur de chacun des nombreux symptômes morbides qui encombrent et obscurcissent le tableau clinique. Non moins intéressante devient la question de la répercussion de tel groupe de phénomènes morbides sur tel autre et des complications qui peuvent en résulter. Dans l'immense majorité des cas le pronostic d'une maladie s'aggrave naturellement par la présence simultanée d'une ou, à plus forte raison, de plusieurs autres affections. Mais il peut se présenter des cas, comme nous le verrons par l'exemple qui va suivre, où les effets pathologiques d'une affection peuvent pour ainsi dire se contrecarrer et se neutraliser par les effets opposés d'une autre agissant en même temps et dans le même organisme dans le sens inverse, et on comprend aisément que dans ce cas le diagnostic, au lieu de s'assombrir, devient plus favorable.

Enfin, et sans parler de la tâche de la thérapeutique notablement compliquée dans des cas pareils, c'est une étude pleine d'intérêt que de faire ressortir les moments pathogéniques et étiologiques qui par leurs efforts isolés ou combinés ont abouti dans chaque cas particulier à la collision de plusieurs affections déterminées.

Telles sont les réflexions qui nous ont été suggérées par l'observation suivante, que nous allons exposer et analyser d'une façon très succincte.

Mme Sophie O..., âgée de 24 ans, originaire de Sibérie Orientale, est venue en novembre 1897, à Nice, sur le conseil de notre ancien et regretté maître, le professeur G. Zakharine (de Moscou).

Père mort à l'âge de 64 ans, d'une tumeur laryngée (?), au bout de 18 mois de souffrance. *Mère*, âgée de 57 ans, vit encore et se porte bien. De six *sœurs* et *frères*, une est d'une santé faible et de constitution maladive ; une autre est atteinte d'aliénation mentale à la suite de la perte successive de deux enfants.

Antécédents personnels. — La malade eut des manifestations « scrofuleuses » (éruptions cutanées répétées) durant les premières années

de la vie. Hernie ombilicale jusqu'à l'âge de 3 ans. Très bonne santé dans la suite. Très bien développée, était forte et pleine de santé et d'énergie morale, très sujette pourtant aux angines (hypertrophies des amygdales). A l'âge de 13 ans, en tombant, se fit des blessures profondes au bras droit avec des éclats de verre : hémorrhagie abondante, séjour au lit pendant huit jours, guérison complète au bout de plusieurs mois de traitement ; il en reste actuellement une cicatrice profonde et une certaine faiblesse du bras. A l'âge de 18 ans, chûte grave dans l'escalier d'une hauteur de 15 marches : contusion de la tête avec perte de connaissance pendant 9 heures, faiblesse et prostration durant trois jours, puis rétablissement progressif et complet.

Réglée à l'âge de 13 ans, les époques viennent régulièrement tous les mois, sans douleurs, assez abondantes.

Mariée, à l'âge de 16 ans, avec un homme chétif, très nerveux et sujet à des attaques légères d'hystérie. Depuis son mariage la malade habite une petite ville de la Sibérie Orientale, dans une maison mal exposée, humide et obscure, où son mari contracta récemment une attaque de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite.

La malade est mère de 4 enfants qu'elle allaita elle-même ; l'aînée, une fillette de 7 ans, est bien portante ; le deuxième, un garçon, âgé de 5 ans, fut sujet à des accès de « convulsions toniques » (tous les mois) ; le troisième, âgé de 3 ans, est rachitique, pâle et gros ; enfin la plus petite, âgée de 11 mois, dut être sevrée à l'âge de 4 mois pour cause de maladie de sa mère.

Les deux premières grossesses se passèrent sans accidents, sauf vomissements fréquents au cours des 4 premiers mois. Durant la troisième grossesse mêmes vomissements, en outre la malade se sentait tout le temps très faible et courbaturée. La quatrième et dernière grossesse fut la plus pénible. Les vomissements, plus fréquents, persistèrent jusqu'à la fin du neuvième mois. En outre, des ennuis de famille (maladie grave de son mari qu'elle fut presque seule à soigner et à surveiller pendant la nuit ; ensuite scènes infinies avec sa belle-mère, une vraie mégère), ébranlèrent profondément son système nerveux, et elle commença à avoir des accès de « violents maux de tête », comme elle les appelle, mais qui ne sont autre chose, comme nous l'avons appris plus tard par l'interrogatoire de sa sœur, que des attaques classiques d'hystérie. Les attaques débutaient par une espèce d'aura, sous forme de sensation de brûlure ou de chaleur remontant d'un ou de l'autre pied le long du corps jusqu'à la tête. Arrivée au cerveau, cette sensation se transformait brusquement en une explosion formidable ; la malade perdait connaissance, se débattait violemment, délirait et s'endormait profondément. Au réveil elle ne gardait aucun souvenir de ce qui s'était passé avec elle pendant l'accès. Ces accès se répétaient plusieurs fois par jour et ne s'atténuèrent que dans les derniers mois de la grossesse (crises plus légères de rires et de sanglots). Il faut noter ici que la malade, qui fumait depuis l'âge de 13 ans, faisait de véritables abus de tabac à cette époque-là. Peu expansive par son caractère et désirant surtout cacher ses ennuis à son mari, qui à ce moment achevait sa reconvalescence, elle s'en allait dans sa chambre et avalait une cigarette après l'autre jusqu'à s'étourdir et s'enivrer complètement dans la fumée du tabac.

Au cours du septième mois de sa grossesse elle se réveilla un ma-

tin, la tête très lourde, la figure bouffie et les jambes enflées. Elle n'y fit pas d'abord attention, mais au bout de quelques jours l'enflure des pieds augmenta au point qu'il fallut lui couper les chaussures pour les enlever. Le médecin appelé diagnostiqua l'albuminurie, la mit au régime lacté absolu et ordonna des bains. L'œdème des pieds diminua, la bouffissure de la figure persista, l'état général laissait beaucoup à désirer. Pourtant, pas d'éclampsie ni avant ni après les couches, qui furent normales. Seulement, métrorrhagie assez abondante, sans douleurs, pendant les trois premiers jours de ses couches. L'œdème de la face disparut presque complètement, et c'est alors qu'on s'aperçut de l'exophtalmie énorme qui donnait à sa physionomie une « expression terrible » (avant cette date les yeux n'étaient pas proéminents). Dès qu'elle se leva de ses couches, l'œdème des jambes et de la face réapparut. En outre, elle commença à se plaindre de fortes céphalées, d'oppression et de palpitations, de fortes douleurs des côtés et des reins, elle pâlit, perdit l'appétit et le sommeil.

Quelques soins appropriés amenèrent une amélioration passagère, mais une angine aiguë contractée l'abattit de nouveau. Aussitôt rétablie, elle partit pour Moscou, d'où le prof. Zakharine la dirigea sur le littoral français. La malade arriva à Nice au début du mois de novembre 1897, après un voyage long et pénible et dans un état lamentable, se plaignant continuellement d'oppression, de suffocation et de quintes de toux sèche et suffocante, de douleurs aux côtés, aux reins, au bas-ventre et aux cuisses, de faiblesse générale, d'insomnie, d'anorexie, de sensation, de soif, de chaleur générale et de transpirations. L'urine est rare, atteignant à peine 300 c. c. en 24 heures.

Etat présent (15 novembre 1897). — Femme de taille moyenne, très bien développée, bien musclée, très forte. Peau pâle, moite, chaude, léger œdème des malléoles et du dos des pieds. Face légèrement bouffie ; exophtalmie très prononcée : les yeux sont brillants et humides. Expression de tristesse et d'inquiétude. On remarque le battement intense des carotides au cou et un gonflement du cou très manifeste (goître), qui masque le relief des muscles sterno-cleido-mastoïdiens.

Système génito-urinaire.—La palpation du ventre permet de découvrir dans le flanc droit, au niveau et au-dessus de l'ombilic, une tumeur qui, par sa forme ovale, sa configuration, sa consistance et sa mobilité doit être reconnue pour le *rein déplacé, abaissé et flottant*. La mobilité de la tumeur est très grande, une légère pression la fait glisser sous la main et disparaître en haut et en arrière. Le rein gauche est dans la position normale, et la palpation bimanuelle la plus attentive ne permet pas de la distinguer nettement. La malade se plaint de douleurs sourdes continues dans la région lombaire et des côtés, douleurs qui s'irradient dans les aines et par moments s'accentuent jusqu'à former de véritables crises douloureuses. Ces crises s'annoncent la veille par une angoisse et une céphalée, commencent la nuit et durent de 24 à 48 heures. Vers la fin de la crise l'urine est très épaisse, trouble et dépose beaucoup de « sable ».

Les *urines* sont très rares le dernier temps. Elle n'urine que deux fois en 24 heures, principalement le matin. Analysée par le Dr Blumenthal à Moscou (fin septembre 1897) l'*urine*, dont la quantité est de 340 c. c. en 24 heures, est d'une réaction acide, trouble et d'une densité de

1015. Elle contient de *l'albumine* (0.20 cgr. pour mille), et de nombreux cylindres hyalins et granuleux, ainsi que des cellules épithéliales isolées de toutes les voies urinaires, en voie de dégénérescence graisseuse ; de même un petit nombre de cylindres épithéliaux.

Les *organes génitaux* ne présentent rien d'anormal, sauf une irrégularité dans la menstruation. Les règles sont venues (depuis sa dernière grossesse) une fois au mois de septembre et ne se sont pas encore répétées.

Système nerveux.— Grande nervosité, inquiétude générale, courbature, grande prostration, tendance à la tristesse, lourdeur de tête. Sommeil inquiet, sensation de constriction thoracique et d'angoisse. Hypéresthésie ovarienne. Points douloureux intercostaux. Tremblement rapide et intense des mains (4-5, en 1") et très souvent aussi des jambes. On aperçoit souvent des soubresauts des tendons. Sensation de chaleur générale. Peau brûlante, molte, souvent couverte de sueur. Parfois bouffées de chaleur et explosions de sueur. Dermographisme prononcé.

Exophtalmie caractéristique, avec pulsation des globes oculaires. Les paupières n'arrivent pas à couvrir complètement les globes saillants, et il reste une fente assez large. Signe de de Graefe et de Möbius. Pupilles normales. Sensation de sable et de démangeaison dans les yeux (porte des lunettes bleues). Trouble de l'acuité visuelle. Souvent les objets se brouillent devant les yeux ; fatigue rapide à la lecture. Accès passagers d'ambliopie complète.

D'après l'ordonnance du prof. Z. la malade prend en dernier temps des pilules de nitrate d'argent, du bromure, des gouttes de convalaria majalis avec de la valériane contre les palpitations, et 3 demi-verres de Vichy-Célestins réchauffé. — Elle est restée sous notre observation toute la saison d'hiver jusqu'au mois de juin 1898. Voici quelques extraits sommaires des notes prises au jour le jour pendant l'observation.

18 novembre 1897. Vu l'oligurie persistante et le mauvais état général, la malade est mise au régime lacté absolu. En outre, ordonné : benzoate de caféine 0,75 centigr. en trois prises, un demi-litre d'une tisane diurétique (aux queues de cerises) ; 3 demi-verres de Vichy.

24 novembre 1897. Pas d'amélioration. Urines 250 à 300 c. c. en 24 h. Ordonné une purgation répétée (eau amère de Carabana) et 3 gr. de bromure de strontiane.

27 novembre. — Urine 150 c. c. ! Etat général mauvais. Douleurs lombaires très fortes et continues.

Le 27 décembre. Urine 190 c. c. Céphalée et angoisse précordiale dès le matin. Dans la journée accès de suffocation avec perte de connaissance et convulsions très fortes, qui se termine par un sommeil profond et de l'amnésie au réveil. L'accès convulsif ne se répète plus, la malade reprend se parfaite lucidité d'esprit, la respiration n'est pas troublée, le pouls est régulier, 110. Nous apprenons que la veille elle a eu une discussion violente avec des voisins antipathiques, et que la nuit elle a eu des cauchemars et des hallucinations.

Nouvel accès de coliques néphrétiques, le 2 janvier. Du 4 au 7 janvier, règles. — Le 12 janvier, nous ordonnons, au lieu de Vichy, de l'eau de *Contrexéville-Pavillon* (2 verres), en même temps que 3 cachets de salol de

0,75 gr. — Le 13 janvier, l'urine est à 300 c. c. Le 14, 15 et 16, le taux remonte à 500 c. c., l'urine est très chargée ; les douleurs lombaires disparaissent. L'état général s'améliore notablement. Mais il reste encore des douleurs au bas-ventre et une faiblesse des jambes. Le tremblement des mains et la tachycardie persistent ; l'appétit est toujours faible et en dehors de 2-2 1/2 litres de lait, elle ne prend qu'un peu de pain et de légumes. Le taux d'urine varie jusqu'à la fin de janvier de 400 à 500 c. c. La malade reste au régime de Contrexéville (le salol est supprimé au bout de cinq jours).

Le 30 janvier 1898, nous *injectons 2 c. c. d'extrait rénal ou néphrine*, « rénine », que nous faisons venir de Paris d'un laboratoire privé. Le 31 janvier, 600 c. c. d'urine. Le 1er février 700 c. c. Nous faisons une *deuxième injection sous-cutanée de 2 c. c. de néphrine*. Le 2 février 700 c. c. le 3 800 c. c. d'urine. — 3e *injection de 3 c. c. de néphrine*. Le 4 février 850 c. c. d'urine très trouble. — Excellent état général, presque pas d'oppression. La malade se sent comme « transformée », elle est gaie, se promène en ville, se sent forte et vaillante.

Dans cet état de très grande amélioration, la malade quitte Nice, pour passer l'été en Suisse et rentre dans son pays. Nous n'avons plus de nouvelles de sa santé.

Réflexions. *Le diagnostic* de notre cas, malgré l'aspect très compliqué et la multiplicité des phénomènes morbides, ne présente pas de grandes difficultés.

Ce qui saute aux yeux à la première vue de la malade et ce qui permet de faire un diagnostic à distance, c'est *l'exophtalmie* très caractéristique. La tachycardie et le goître concomitants complètent la triade pathognomonique du syndrôme de la *maladie de Basedow*, qui atteint chez notre malade une très grande expression et occupe le premier plan comme cause de ses souffrances. C'est en effet à la maladie de Basedow que sont dues ses palpitations et angoisses cardiaques, ses oppressions allant jusqu'à la sensation de suffocation, sa toux quinteuse suffocante, ses transpirations profuses, ses chaleurs, ses insomnies, inquiétudes, tremblements et troubles oculaires. L'intoxication tabagique doit naturellement être prise en considération dans la pathogénie de quelques-uns des phénomènes que nous venons d'énumérer, notamment dans les troubles oculaires et cardio-vasculaires.

L'apparition caractéristique d'*œdème* de la face et des jambes pendant la *grossesse*, en même temps que la présence dans les urines rares de *l'albumine* et des *cylindres* suffisent pour assurer le diagnostic de *néphrite parenchymateuse ou épithéliale*.

D'autre part, les douleurs lombaires sourdes et continues, s'accentuant souvent en véritables accès de douleurs aiguës, donnant issue à une urine trouble, épaisse et chargée d'acide urique et d'urates, sont bien des accès de *coliques néphrétiques*, dus à la gravelle urique.

De même la tumeur caractéristique que nous avons découverte

dans le flanc droit est, à n'en pas douter, un *rein* déplacé, abaissé mobile et *flottant*.

Enfin les crises nerveuses que nous avons décrites et qui se caractérisent par des grands mouvements cloniques, la perte de la conscience et l'amnésie au réveil, sont des *attaques hystériques* qui ont débuté pendant la grossesse, se sont répétées plus tard et dont nous avons vu quelques exemples mitigés à la fin de notre observation, sous forme de crises de pleurs et de rires. Il faut encore ranger ici les hypéresthésies cutanées et profondes, la grande mobilité du caractère, la nervosité générale et les cauchemars. — Notre malade se trouve ainsi atteinte simultanément de *néphrite épithéliale*, *de coliques néphrétiques*, *de néphroptose*, *de maladie de Basedow et d'hystérie*.

Voyons maintenant quelle a été l'étiologie et la pathogénie de ses diverses affections dans ce cas particulier.

Il est évident que notre malade est douée de ce qu'on appelle le tempérament *neuro-arthritique*, et c'est sur ce double terrain diathésique héréditaire que se sont facilement développées, grâce au concours de diverses circonstances de sa vie extérieure, d'une part *la gravelle avec coliques néphrétiques* (alimentation défectueuse, abus de thé, si commun en Sibérie, surmenages fréquents, chagrins et ennuis moraux), et *la néphroptose*, à son dernier degré d'expression, c'est-à-dire *le rein flottant* d'après Glénard (1), (grâce au port d'un corset serrant trop sa taille quelque peu opulente, grâce également et surtout aux grossesses répétées), — d'autre part *l'hystérie* (émotions violentes dues à la maladie grave de son mari, surmenage, ennuis avec la belle-mère, ennuis cachés et noyés dans la fumée de tabac) et *la maladie de Basedow* (mêmes causes que celles qui ont provoqué l'hystérie). On sait du reste combien est fréquente l'association de la maladie de Basedow et de l'hystérie. Dans notre cas les deux affections se sont montrées presque simultanément, pendant la dernière grossesse, et, c'est vraiment difficile de définir exactement la date de l'apparition des premiers phénomènes relevant de l'une et de l'autre de ces deux maladies. Si l'exophtalmie a pu être masquée pendant les derniers mois de la grossesse par la bouffissure des paupières, la malade reconnaît qu'à cette époque déjà elle souffrait de palpitations, de tremblement des mains.

Notons ici, en passant, que certains auteurs (Widal, Guinon) (2) considèrent l'urémie convulsive comme des accès d'épilepsie vraie (au moins dans un grand nombre de cas) provoquée et réveillée par l'intoxication urémique. Il n'est pas douteux que, dans notre cas, la maladie de Bright avec son cortège de phénomènes d'auto-intoxication pouvait puissamment contribuer au réveil des

(1) Glénard. *Caractères objectifs et diagnostic du rein mobile.* Paris, 1896.
(2) *Société Médicale des Hôpitaux*, séances des 9 et 23 juin 1899.

attaques convulsives hystériques, auxquelles la malade était déjà sujette antérieurement.

Nous avons vu que les convulsions ne se sont pas répétées chez notre malade et que, malgré l'oligurie persistante qui confinait à l'anurie complète (150 c. c. en 24 h.) ; 250-300 c. c. en moyenne pendant plus de 8 mois !), les phénomènes d'urémie si redoutés et si légitimes dans des cas pareils, ne se sont pas montrés. Cela paraît vraiment étonnant, et c'est ici qu'apparaît clairement l'idée de l'antagonisme qui existe entre la maladie de Bright et celle de Basedow en ce qui concerne leur action sur les nerfs vaso-moteurs et sécréteurs en général et sur la sécrétion de la peau en particulier.

En effet, tandis que la maladie de Bright supprime pour ainsi dire la sécrétion glandulaire et en particulier celle de la peau, la maladie de Basedow la stimule au contraire et exagère principalement la sécrétion sudorale. L'anurie de notre malade, due en grande partie à la néphrite (et à la gravelle urique, qui obstruait le filtre rénal) se trouvait de la sorte suffisamment contre-balancée par ses transpirations profuses d'origine basedowienne, par lesquelles, à défaut de la sécrétion urinaire, le sang se débarrassait de ses principes toxiques. La maladie de Basedow était donc, pour ainsi dire, une soupape de sûreté, et c'est peut-être cette maladie qui a sauvé notre malade des conséquences redoutables de l'urémie, tout en la gratifiant, d'autre part, d'oppressions, de suffocations, de troubles oculaires et autres phénomènes morbides bien gênants.

DU PINCEMENT DES ARTÈRES UTÉRINES DANS LES FIBROMES

(M. Goullioud.)

Quand le développement des fibromes ou les troubles qu'ils occasionnent nécessitent une intervention, l'hystérectomie est en général la méthode de choix. Il y a lieu, cependant, de faire une large place à des opérations moins radicales, telles que la myomectomie par énucléation abdominale ou vaginale, la castration, la ligature ou le pincement des artères utérines. La castration reste une excellente opération dans les cas de fibromes moyens ménorrhagiques chez les femmes exsangues. Quant au pincement, des artères utérines, dont nous voulons spécialement parler, nous l'avons employé avec succès dans quelques cas favorables et choisis, dès 1894. Ces cas étaient représentés par des femmes de 40 à 50 ans, présentant un fibrome à développement pelvien, ou tout au moins n'atteignant pas l'ombilic et s'accompagnant d'hémorragie. Les résultats ont concordé avec ceux signalés par les promo-

teurs de la méthode des ligatures, Gottschalk, Franklin, H. Martin, Hartmann, Mangin, etc. Nous avons toujours observé un arrêt complet des hémorragies, une régression de la tumeur; celle-ci est facilement appréciée et indubitablement prouvée par la diminution du cathétérisme utérin. Ainsi, dans mon premier cas, datant de 1895, le cathétérisme était de 11 centimètres, deux ans après il ne mesurait plus que 6 cent. 1/2. Le résultat s'est maintenu depuis six ans, malgré la persistance des règles. Dans la seconde observation, le cathétérisme tombe aussi de 8 centimètres à 6 cent. 1/4, deux ans après l'opération. Dans une troisième observation, le cathétérisme de 11 cent. 1/2 n'est plus que 7 cent. 1/4, deux ans après. Rien ne peut établir d'une façon plus certaine l'efficacité du pincement ou de la ligature des artères utérines. Quant au procédé opératoire, il représente à peu près le premier temps d'une hystérectomie vaginale ; c'est la même incision circulaire avec prolongements dans les culs-de-sac latéraux ; le doigt décolle la vessie en avant, le rectum et le péritoine en arrière sur les côtés de l'utérus, afin de bien isoler la gaine hypogastrique. Celle-ci dégagée, la lame vasculaire est saisie dans les mors d'une pince longuette droite, longs de 5 centimètres et enfoncés de 5 à 6 centimètres, de façon à dépasser sûrement le niveau de l'artère utérine. Les pinces sont laissées en place 24 ou 48 heures. Nous n'avons d'ailleurs aucune prétention d'attacher une valeur spéciale au pincement, à le croire supérieur à la ligature ; il est plus facile et il agit aussi efficacement. Nous avons essayé, dans un cas de fibrome remontant à l'ombilic, la ligature des deux artères hypogastriques ; les hémorragies se sont arrêtées, mais nous avons eu la surprise de ne voir survenir aucune modification de la tumeur, aucune diminution du cathétérisme. Cette opération s'est donc montrée inférieure, dans ce cas, à la castration ou à la ligature des artères utérines. Le pincement des utérines est une précieuse ressource dans les métrites hémorragiques rebelles, en cas d'insuccès du curetage.

PÉDIATRIE

LE TRAITEMENT DU BEC-DE-LIÈVRE CHEZ L'ENFANT

(Albert Mills).

1° *L'âge auquel il convient d'opérer.* — Parmi les anciens auteurs nous voyons Dionis, Garengeot, Boyer, Dupuytren partisans de l'opération tardive, plus récemment Gotthelf, Hoffa, Partsen se sont déclarés également partisans de l'opération tardive, lorsqu'il s'agissait du bec-de-lièvre compliqué, déterminant

un shock opératoire considérable. Ledrom, Ronhuysen, Heister, Busche et récemment Kirmisson, Tillaux, sont partisans de l'opération hâtive et ne remettent pas celle du bec-de-lièvre compliqué au delà de cinq à six mois.

Parmi les nombreux cas de becs-de-lièvre que nous avons vu opérer dans le service par M. Charon, nous pouvons dire que, à condition que l'hémostase soit très minutieusement faite, l'opération de bec-de-lièvre, même compliquée, peut se faire à l'âge de quatre à six semaines et être suivie de résultats satisfaisants au point de vue de la mortalité. Quels sont les avantages de l'opération hâtive ? Tout d'abord, le critérium esthétique de l'opération peut être atteint ; ensuite, la mise en place du bourgeon incisif, lorsque le cas est compliqué ; la réformation du nez, la minime étendue des sutures seront autant de points acquis dans le premier âge. Les avantages sont, qu'à cet âge, la croissance de ces différentes parties se fera dans un sens sensiblement rapproché de la normale et le résultat final sera très beau. L'intervention hâtive est donc à conseiller, à condition que l'hémorrhagie au cours de l'opération soit réduite à son minimum.

2° *Le traitement du bourgeon incisif.* — Si l'opération est faite dans le bas âge, le traitement de l'os incisif sera beaucoup plus facile. Sans vouloir passer ici en revue tous les procédés qui ont été imaginés pour parer à ce temps difficile de l'opération du bec-de-lièvre compliqué, citons cependant quelques moyens qui ont été préconisés. Franco propose l'ablation pure et simple de cette partie osseuse. Kirmisson a fait justice de ce procédé, qui amène des inconvénients plus graves encore que ceux de la malformation buccale elle-même. Desault préconise une compression lente et graduée du tubercule amenant son refoulement progressif, cette intervention est rarement possible. Gensoul imagine de fracturer la partie osseuse en la faisant basculer en arrière ; c'est là un moyen brutal ne permettant pas de limiter la fracture qui peut aller jusqu'à l'ethmoïde. Blandin résèque une partie de la cloison nasale en arrière du bourgeon, au moyen de ciseaux. Mirault (d'Angers) emploie la résection sous-périostée du vomer et la réunion de cet os au tubercule incisif.

Parmi les auteurs plus modernes, Broca réunit le bourgeon incisif et les bourgeons maxillaires par une suture métallique après les avoir avivés. Kirmisson a traité à peu près de la même façon un cas de bec-de-lièvre compliqué : il se servit du bourgeon médian pour, en le suturant au bourgeon maxillaire du côté droit, compléter « ipso facto » la narine de ce côté. L'autre côté étant

non compliqué, il se contentait de l'avivement simple des lèvres par le procédé de Mirault. Tillaux conseille de donner dans le bourgeon médian un coup de la pince de Liston qui permette le refoulement plus aisé. M. Charon, dans les opérations du premier âge, obtient quelquefois la rétrocession du lobule par la compression simple, ce lobule étant encore semi-cartilagineux. Toutefois, pour rendre cette mise en place du bourgeon plus aisée et moins violente, il préconise la technique suivante : Après avoir détaché, au bord interne de l'encoche labiale, la lèvre dans une étendue assez considérable de ses adhérences au bourgeon incisif, le pédicule de celui-ci est attaqué à sa base au moyen d'une petite gouge et d'un maillet, de façon à obtenir de la part du bourgeon une mobilité qui en permette le refoulement manuel au niveau du bourgeon maxillaire correspondant. Les bords des bourgeons qui sont mis en rapport, sont alors avivés et suturés au moyen de forts catguts. La tension des catguts ne doit pas être trop forte, il suffit que les surfaces cruentées cartilagineuses soient mises en contact. Les avantages de ce procédé sont les suivants : la tension de la suture cutanéo-muqueuse est nulle, le bourgeon étant à niveau du maxillaire.

Par la croissance, les incisives se trouveront à leurs bonnes places et l'écartement des dents sera normal. La mise en place du bourgeon rétablit la cloison postérieure et le bord des narines. Le nez un peu déformé immédiatement après l'opération se remet parfaitement et prend au bout de peu de temps une forme normale.

On le voit à ce point de vue ci encore, l'avantage est à l'intervention hâtive, la seule objection n'est à la vérité que l'hémorrhagie.

Murray, dans le *Liverpool medical journal* de 1898, publie une statistique de 115 cas de becs-de-lièvre, la plupart compliqués : les règles techniques qu'il observe sont les suivantes : 1° libérer largement la lèvre du maxillaire ; 2° ne pas toucher au bourgeon incisif lorsque le bec-de-lièvre est simple, la lèvre suturée le réduisant à la longue ; 3° mettre un bouton de manchette dans la narine pour aider à la réformation ; 4° dans le cas de bec-de-lièvre double, résection partielle sous-périostée du bourgeon incisif, réduction en arrière de celui-ci et suture du périoste pour éviter l'affaissement de la lèvre ; 5° l'opération peut se faire à partir de la troisième semaine. On le voit, le traitement du bourgeon incisif ressemble en partie à celui de M. Charon, ce dernier, d'ailleurs plus simple, donne les meilleurs résultats dans le premier âge.

3° *Suture de l'encoche labiale.* — Nous ne parlerons que pour mémoire des procédés de réunion qui consistaient dans l'emploi de bandelettes agglutinatives ou d'emplâtres pour obtenir une coaptation exacte des bords avivés. Ils ne sont plus que des souvenirs. Nous estimons que les deux objectifs à atteindre sont les suivants : d'abord, voir à ce que les différents plans de la lèvre soient bien mis en présence l'un de l'autre — ensuite, employer des fils qui présentent toutes les garanties de durabilité et d'asepsie possibles. Un dernier point à considérer, mais qui a beaucoup moins d'importance chez l'enfant, est le mode même de suture. La suture enchevillée et la suture entortillée ont été beaucoup préconisées, il y a nombre d'années, mais sont à peu près abandonnées aujourd'hui. Les sutures principalement employées sont la suture entortillée d'abord, suivie au cours de l'opération de la suture à points séparés ou bien, après une bonne hémostase, la suture à points séparés directement. La suture à points séparés se faisait toujours en masse (Tillaux, Kirmisson), c'est-à-dire que tous les plans labiaux étaient enserrés dans une seule suture : Récemment, Doyen a préconisé la suture à étage, c'est-à-dire qu'un premier plan de sutures au catgut comprenait la muqueuse seule et ce plan étant bien ferme, un deuxième plan de sutures comprenait le tissu sous-cutané et la peau. Enfin un troisième plan de sutures superficielles parachevait la réunion de la peau. C'est cette dernière manière de procéder qui a été appliquée par M. Charon et qui a donné des résultats excellents. Il n'est possible qu'à condition d'un refoulement parfait du bourgeon incisif. M. Charon n'emploie plus les fils d'argent ; il use dans les sutures profondes de catgut fin et dans les sutures superficielles, il se sert de crins de Florence. Pas n'est besoin de faire de lambeaux dans l'opération du bec-de-lièvre dans le premier âge et l'application des incisions de Giraldès, Mirault, Kirmisson, etc., n'est pas nécessaire. Un avivement droit suffit.

Comme moyen de contention post-opératoire, l'emploi de la suture sèche superficielle est encore conseillé par M. Charon. Il permet d'obvier aux dangers que présenterait la résorption trop rapide des fils de catgut des sutures profondes. Dans l'application des sutures, comme dans le traitement du bourgeon incisif, le jeune âge est une condition des plus favorables à l'opération. Nous avons dit aussi de combien l'esthétique définitive du résultat lui était redevable ; l'opération pendant le premier âge sera donc simplement subordonnée à un fonctionnement définitif de l'hématopoièse et à une parfaite hémostase. Or l'hématopoièse, d'embryonnaire, c'est-à-dire d'intra-conjonctive qu'elle était

devient peu après la naissance, définitivement active, c'est-à-dire médullaire, splénique et intra-vasculaire. Il semble certain que cette phase définitive soit complètement établie à l'âge de six semaines ; dès lors rien ne s'oppose à cet âge, à ce que l'on fasse une opération même conséquente. Cette règle n'est pas absolue, elle existe seulement pour les sujets normaux. Si l'hémostase doit être parfaite, elle doit l'être surtout pour cette raison, c'est que de grandes pertes sanguines chez les enfants dont la masse sanguine est peu considérable, se font ressentir d'une façon beaucoup plus fâcheuse que chez les adultes. Cette objection reste debout pour toute la période de l'enfance. Or qui songera à remettre aussi loin la réparation d'une malformation essentiellement congénitale ? Le seul délai à respecter est donc l'établissement d'une hématopoièse bien active et bien définitive. Ceci étant bien reconnu, l'intervention hâtive, dès le tendre âge, non seulement ne sera plus contre-indiquée, mais pour des raisons que nous croyons péremptoires et que nous avons exposées plus haut sera devenue une manière scientifiquement classique de procéder.

SUR LA GRAVITÉ DU RHUMATISME CHEZ L'ENFANT, AU POINT DE VUE DES COMPLICATIONS CARDIAQUES,

Par M. H. Barbier,
Médecin des hôpitaux.

Le rhumatisme articulaire, chez les enfants, est une affection grave en raison de la fréquence et de la gravité des lésions cardiaques qu'il provoque presque fatalement chez eux. On sait que Bouillaud disait que, dans l'enfance, le cœur se comporte vis-à-vis du rhumatisme, comme une véritable articulation, et que H. Roger considérait les manifestations cardiaques comme à peu près fatales. Cadet de Gassicourt donne une proportion de 81 % d'affections cardiaques, et Rilliet, Barthez et Sanné 87 %.

Ce qui constitue également le danger de ces rhumatismes, c'est que, souvent, ils sont peu accusés, subaigus, traînants, ne s'accompagnent pas de gonflement et de rougeur des jointures, mais se manifestent par des douleurs plus ou moins accusées, durant des semaines, exagérées par les mouvements et par la pression au niveau des interlignes articulaires, affectant principalement les membres inférieurs ; mais souvent aussi, se manifestant par

un simple torticolis dont on peut méconnaître la nature articulaire si l'on n'explore pas les vertèbres cervicales, au niveau desquelles on peut constater, alors, l'existence de points douloureux, indices de l'arthrite vertébrale rhumatismale.

Le début de ces rhumatismes est souvent marqué par des phénomènes généraux : fièvre, céphalée, vomissements, etc., qui montrent bien que, chez les enfants, le rhumatisme a plus l'allure d'une maladie infectieuse générale que d'une arthropathie multiple, et que les localisations viscérales, sur le cœur en particulier, ne sont pas en rapport avec l'intensité des manifestations articulaires. La loi de coïncidence de Bouillaud, si souvent vérifiée chez l'adulte, ne s'applique donc pas avec la même certitude chez l'enfant. La plupart des rhumatismes que j'ai observés et qui se sont accompagnés de complications plus ou moins graves du côté du cœur, rentrent dans cette catégorie et ont cédé à quelques jours de traitement par le salicylate de soude.

Je n'ai observé qu'un exemple de rhumatisme sans complications. Au contraire, dans toutes les observations que je rapporte, les complications cardiaques ont été constantes et quelques-unes très graves.

Les complications cardiaques du rhumatisme chez les enfants ne méritent pas seulement d'attirer l'attention par leur *fréquence*, mais aussi, et surtout, par leur *gravité*. A ce point de vue, l'observation montre qu'elles affectent volontiers, pour l'endocarde, à la fois l'orifice mitral et l'orifice aortique, très souvent le péricarde, et, probablement aussi l'aorte ou les tissus qui englobent le plexus cardiaque, peut-être aussi le cœur lui-même.

Enfin, en raison probablement de cette complexité de lésions, leur *évolution ultérieure* est très grave, soit que les malades présentent une asystolie précoce et difficilement maniable par les médicaments, soit qu'ils présentent, plus ou moins atténués, des signes d'*angor pectoris*, ou des menaces de syncope qui peuvent amener la mort subite.

La *multiplicité des lésions* se manifeste cliniquement par des modifications dans le timbre des bruits ou par des bruits anormaux aux orifices de la mitrale et des valvules aortiques, le plus souvent bruits de souffle doubles, indiquant des lésions complexes au niveau de ces orifices.

Lorsque l'orifice aortique est lésé, j'ai observé parfois l'existence de signes plus ou moins accusés d'*angor pectoris* : Sensations d'étau, douleur précordiale survenant par accès passagers — qui peuvent faire penser à la participation de l'aorte au processus inflammatoire.

Dans tous ces cas, *la péricardite* est conjointement observée et, quand on examine les malades quelque temps après la crise rhumatismale, alors qu'ils viennent consulter pour les accidents cardiaques dont ils souffrent, on trouve en général une voussure précordiale plus ou moins accusée, une augmentation de la matité, la pointe du cœur abaissée et déviée en dehors, mais presque toujours aussi une ondulation très marquée de la paroi thoracique, un choc étalé du cœur et, quelquefois, une rétraction systolique de la pointe, etc.

Un dernier facteur de la sévérité des manifestations cardiaques du rhumatisme, c'est la gravité de leur évolution ultérieure.

Les accidents peuvent être rapides et précoces et être provoqués par des embolies cérébrales, dues au morcellement des dépôts fibrineux formés au niveau d'une valvule malade.

Mais c'est là un accident relativement rare. Ce qui l'est moins, c'est :

1° Une asystolie précoce, rebelle au traitement.

2° C'est la possibilité de la mort subite ou rapide, par syncope, dans le cours de cette asystolie, ou, au contraire, avec des symptômes d'asystolie peu accusés.

Dans le premier cas, au bout de quelques mois, quelquefois plus tôt, les malades présentent le tableau de l'asystolie, avec une prédominance, cependant, à localiser leur asystolie dans le foie qui est toujours gros, dur, douloureux ; quand on percute chez ces malades le foie et le cœur lui-même dilaté et hypertrophié, on délimite, à la région moyenne du corps, une énorme zone de matité, en forme de sablier, oblique de haut en bas et de gauche à droite, dont le renflement inférieur remplit la partie supérieure et droite de l'abdomen, et correspond au foie, et dont le renflement supérieur intra-thoracique correspond au cœur.

Les œdèmes périphériques peuvent être peu accusés.

La mort peut survenir de 3 *à* 6 *mois après le début du rhumatisme chez des enfants antérieurement très bien portants.*

A quoi tient la gravité de l'évolution de ces cardiopathies chez l'enfant ? Sans vouloir en discuter ici toutes les causes (aortite, myocardite, etc.), je crois qu'il faut en attribuer une bonne part à la *péricardite.*

Dans la plupart des observations que nous avons relatées, on pourra relever un certain nombre de signes attribuables à la péricardite adhésive ; cette péricardite adhésive évolue quelquefois très vite et peut amener les accidents précoces d'asystolie que nous avons signalés. Dans une observation où la mort est sur-

venue au bout de deux mois, nous avons pu constater à l'autopsie l'existence de cette péricardite qui avait été diagnostiquée pendant la vie.

Ces faits viennent à l'appui de ceux qui ont été autrefois signalés par Cadet de Gassicourt et qu'il a résumés en disant que la péricardite est fréquente dans le rhumatisme chez l'enfant et qu'elle amène dans un grand nombre de cas la terminaison fatale.

Ces accidents peuvent être continus et progressifs, amenant la mort rapide dans les deux ou trois mois qui suivent le rhumatisme (Cadet de Gassicourt a observé cette forme 6 fois sur 97 cas), ou bien être l'origine d'une asystolie plus tardive, mais non moins grave.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

LE VOMISSEMENT NERVEUX ET SON TRAITEMENT

J. Bendersky (Kiew).

Le vomissement, par sa nature, son origine, son mécanisme, est un symptôme concomitant de beaucoup de maladies. Vraiment beaucoup de malades qui souffrent de cette affection définie présentent parfois aussi des signes de l'hystérie, mais il existe des cas d'hystérie où le vomissement manque; le vomissement prévaut quelquefois tellement et prend la première place qu'il s'impose à lui seul par la gravité de ses conséquences. Quand ce symptôme cesse, quand le malade est délivré de lui, il se tient pour guéri et peut continuer son travail habituel. Au point de vue théorique il n'est pas peut-être scientifique de parler du vomissement nerveux comme d'une maladie définie *per se*, mais l'asthme est aussi un symptôme, qui apparaît au cours des maladies des poumons, du cœur, du foie, de l'estomac, etc., et l'on parle de « l'asthma nervosum » comme d'une maladie *per se*. Au même point de vue le vomissement nerveux peut être considéré comme une affection particulière. La nature et l'étiologie du vomissement nerveux ne sont pas bien définies. Tout le monde dit qu'il apparaît chez des personnes dont le système nerveux est en général affaibli et attaqué. Les hommes, les femmes, même les adolescents peuvent en être atteints. Le vomissement survient sans aucune cause visible, le plus souvent sans nausées préalables, plus souvent après les repas, quelquefois à jeun, chez quelques-uns, une, deux fois par jour, une fois tous les deux, trois jours, une fois toutes les deux, trois semaines, mais quelques-uns vomissent 50, 60, 100 fois par jour et plus encore. Le malade vous parle et commence tout

d'un coup à vomir ; il se promène dans la rue et vomit plusieurs fois pendant sa promenade. Quoique les malades rendent presque tous les aliments qu'ils prennent, leur état général n'est pas relativement fortement atteint, même si la maladie continue, comme je l'ai vu pendant cinq ou sept années.

La principale chose qui intéresse l'auteur de cette communication, c'est le traitement de cette affection. En partant du point de vue théorique la plupart des auteurs recommandent pour le traitement de cette affection tout l'arsenal des remèdes toniques et nerveux, les bromides, les narcotiques, l'hydrothérapie, l'électrisation, etc. Ces remèdes n'ont pas donné dans les mains de l'auteur, comme probablement dans les mains des autres médecins, de bons résultats. S'il arrivait d'avoir quelque bon résultat, il n'était pas solide. Alors l'auteur a commencé à traiter ses malades par le lavage de l'estomac. Déjà pour les premiers malades l'auteur s'est rendu compte que le lavage donne d'excellents et solides résultats. De la littérature de cette question dans les traités des maladies de l'estomac les plus répandus on peut voir que seulement Debove et Rémond citent les deux cas de Bollet qui a publié en 1882 deux cas de vomissement nerveux guéris par le lavage. Les autres auteurs connus ne parlent pas du lavage ou diminuent son importance. L'auteur connaît beaucoup de vieux praticiens expérimentés qui disent que le lavage, en irritant le malade, pourrait même lui nuire. Toutes ces données ont incité l'auteur à communiquer ces résultats aux confrères. Il décrit quatorze nervo-vomitiques de sa clinique qu'il a traités par le lavage de l'estomac. Le traitement est décrit très minutieusement jour par jour. L'auteur a pu suivre quelques malades pendant un laps de temps assez long, pendant des années. Il résulte de ses expériences que le lavage de l'estomac donne d'excellents et solides résultats, presque *spécifiques*. L'action du lavage consiste probablement dans l'influence favorable sur la muqueuse resp., sur les terminaisons nerveuses. Quelque soit le mode de lavage, il y a même en partie une influence suggestive, hypnotique ; c'est selon l'auteur un remède excellent. L'auteur recommande en conclusion, aux confrères qui ne veulent pas épuiser leur patience et la patience de leurs malades, de ne pas méditer sur le mode de traitement de leurs nervo-vomitiques. Il conseille de commencer par le lavage qui donne le plus promptement (en moins d'un mois) le résultat voulu.

VARIÉTÉS

—

LA FEMME D'UN HORLOGER OU L'UTÉRUS RÉCALCITRANT

Conte arabe.

(SUITE ET FIN. Voyez page 254.)

Il y eut un fort remous dans l'assistance. Le docteur Tripoli — ainsi nommé parce qu'il était né à Alger et qu'il avait inventé la pierre précieuse avec laquelle il récurait le derrière de toutes les femmes de Bagdad — proposa le procédé infaillible qui lui avait donné cinq ou six cents avortements — deux cents salpingites — neuf cent trois péritonites — un millier de décès — et un nombre incalculable de casseroles utérines — remises à neuf — brossées — astiquées — flambées — reluisant toutes comme le sabre du prophète, et devenues tellement polies qu'elles auraient été dignes de figurer comme potiches — sur la table du premier des Osmanlis. La femme d'Ibrahim lui fut adjugée à l'unanimité moins une — celle d'un confrère gallo-romain, nommé Chilpéric, ennemi juré du curetage, des sérums en général et en particulier du sérum atténué « de couillons de coqs stérilisés » inventé par un illustre praticien du Sahara à l'usage des amazones de Béhanzinc— pour maintenir leur stérilité. Ce savant, quoique modeste, s'était avisé tout simplement d'introduire dans la casserole utérine une tige dilatatrice qui faisait merveille, remplacée par une éponge desséchée à la ficelle qui pénétrait comme une pieuvre dans tous les pores de la muqueuse, s'emparait d'icelle et sculpait la gourde, comme un Apache. — L'histoire ne dit pas s'il a fait fortune, mais nous supposons fortement que l'inventeur d'un procédé aussi simpliste qui ratissait automatiquement et si merveilleusement le derrière de toutes les femmes de bonne volonté et n'en tuait aucune, a dû mourir dans la misère. — Tripoli s'empara donc de l'horlogère, la racla confortablement et ne la tua pas par exception. Seulement Ibrahim continuait à capitaliser les coups de babouche d'une façon si merveilleuse, malgré l'intervention bienveillante de Tripoli et des vingt-huit spécialistes qui y passèrent successivement qu'Haroun-Al-Rachid, pris de pitié, fit venir Ibrahim dans son palais, en audience particulière, lui montra, sans sortir de sa majesté habituelle les merveilles de son testicule remis à neuf, lui parla chaleureusement de sa femme (à lui, Ibrahim) et l'engagea fortement à la livrer à Barbancu. « Le chirurgien ordinaire de ma cour, ajouta-t-il en terminant — qui n'est pas le premier venu, puisqu'il est le dixième de sa famille — (il cultivait la facétie) et qu'il m'a sauvé dans l'estime de mon harem, en me conservant la boule (ici nouvelle exhibition pleine de décorum) entrera dans le ventre de votre femme en cinq sec comme il vous l'a promis, la débarrassera du monstre qui en fait la sale femelle dont mon empire et votre derrière commencent à avoir assez — et y substituera avec votre coopération géniale, le plus joli instrument féminin que la science et l'art combiné de l'horlogerie aient jamais pu inventer. J'ai dit — Je vais vous envoyer Barbancu. Barbancu, invité par le calife à réparer la plus jolie femme de son royaume, ne se le fit

pas répéter un milliard de fois et courut incontinent et triomphalement chez Ibrahim. Le pauvre horloger avait passé une nuit atroce. Sa digne moitié — gnà coups de pied — gnà coups de poing — comme dit la chanson, lui avait allongé pendant douze heures une de ces démonstrations hystériques qui enfoncent le carré de l'hypoténuse et au besoin les deux hémisphères d'un horloger. — Ecoute, Barbancu, dit Ibrahim encore tout moulu de l'épouvantable assaut de cette nuit qui n'était pas la mille et unième dans les annales de son bonheur — comme aurait dit Schearazade — je sais que tu es un homme génial et que tu as mis une boule de loto dans la bourse inestimable de l'homme que nous honorons tous comme le plus illustre descendant du prophète. Je t'abandonne ma femme et l'horrible bête qui lui monte à la gorge — la fait miauler comme un jaguar, la précipite sur les toits dans le costume sans apparat que tous les princes du sang continuent à m'envier et pour comble lui fait casser la moitié de mes pendules dans sa furie circulatoire — manifestation évidente de l'hystérie majeure dénoncée par mon médecin ordinaire — le distingué Fumistopoulos et chantée depuis en vers saccadés et épileptiques par un de mes plus grands amis, l'illustre barde Courdevaine, qui fera certainement son chemin quand il sera mort. Pousse au monstre Barbancu ! Arrache-le de ses flancs divins, et rends-moi une épouse régénérée !!! Amen ! dit Barbancu qui n'aimait pas l'épopée et traitait généralement par la vôle toutes les femmes qui lui tombaient sous la main. Seulement avant d'opérer, écoute,comme disait le défunt Thémistocle. Je vais couper la trompe droite — c'est entendu ; tu sais que c'est ma spécialité. — Pour plaire au sultan et ne pas déplaire à ta femme, je me laisserai aller jusqu'à couper la trompe gauche— mais n'en ouvre jamais la bouche, jure-le moi, sur l'étendard du prophète ! Mes confrères en spécialité utérine ne me le pardonneraient jamais, je serais chassé de toutes les sociétés plus savantes les unes que les autres et ils feraient échouer définitivement avec un ensemble parfait ma candidature de vingt ans à l'Académie des sciences immorales et impolitiques ! Ce n'est pas tout ! tu sais que la Nature a horreur du vide. Quand j'aurai débarrassé ta femme,je ne peux pas, je ne dois pas la laisser dans cette épouvantable situation. Une femme qui n'a rien dans le ventre ! ce n'est pas pratique ! A la place de la Tarasque — je vais lui installer un utérus mécanique — tout ce qu'il y a de plus moderne — un utérus dernier cri — un utérus à musique — un utérus invraisemblable — un utérus qui dise papa et maman —tu m'as compris ! Ibrahim ! à tes fourneaux ! apporte-moi, Vulcain, l'utérus rêvé — l'utérus qui rend les femmes aimables et obéissantes — douces comme la lumière tamisée dans les branches de pins — calmes comme le nénuphar des grands lacs — l'utérus fin de siècle — l'utérus dernier bateau — l'utérus interchangeable — l'utérus de l'exposition — l'utérus automobile.

Disons de suite, à la gloire d'Ibrahim, qu'il fit une merveille ; quand le grand chirurgien Barbancu eut achevé son extraordinaire opération, avec sa vitesse habituelle (le temps de retourner le roi), Ibrahim lui apporta pour l'installer dans le bassin le plus singulier instrument d'horlogerie qu'on ait jamais rencontré, même dans les fouilles de Pompéï. C'était une pendule en acier, fin, inoxydable, comme les porte-monnaies modernes, en forme de poire comme l'utérus, à laquelle il avait donné la singulière propriété (découverte depuis... comme tou-

jours), de sonner les heures, les jours, les années et les quarts de siècle. Cet utérus extraordinaire annonçait aussi par une mélodie spéciale, les marées, les éclipses de lune, la formation des taches solaires, les aurores boréales, et il allait jusqu'à enregistrer les tremblements de terre les plus insolites. C'était un vacarme étourdissant. Aussi quand l'horloger triomphant montait dans sa couche reconquise avec le bonheur conjugal, auprès de sa délicieuse moitié, redevenue depuis le départ du monstre le plus charmant échantillon de l'égoïsme à deux, la symphonie amenée par le balancement alternatif des sommiers escaladés avec le brio du grand art, faisait éclater autour du demi-dieu de l'alcôve une fanfare retentissante qui faisait dire, en riant, à la délicieuse associée de ce grand mécanicien : « doucement, Ibrahim ; doument ! tu vas casser la pendule ! » Il serait trop long d'énumérer aux lecteurs toutes les perfections de ce merveilleux instrument. Dans les salons de Bagdad, àla Cour, quand les princes du sang et tous les hauts dignitaires de l'Empire, entraînaient dans une valse échevelée le nec plus ultra de la beauté de la femme et des splendeurs de l'horlogerie animale, il en sortait des flots d'harmonie qui retombaient comme une cataracte étourdissante et presque divine sur les musiciens affolés de l'orchestre. Mais ce qui était plus extraordinaire encore, ce qui a donné au régime d'Haroun Al-Raschid, un cachet que rien n'effacera, ni n'égalera dans l'histoire, c'est l'automobilisme pressenti, entrevu et réalisé par Ibrahim dans l'utérus sélect qu'il livrait à l'admiration de ses contemporains. Tous les mois à heure fixe l'admirable instrument qui remplaçait le monstre extirpé par Barbancu s'échappait doucement du petit bassin, descendait avec lenteur dans le tunnel vaginal, préludait ensuite à une fanfare spéciale qui annonçait son apparition dans les champs vestibulaires en même temps que la détresse de son mécanisme, et continuait le son du cor jusqu'à ce que le « Deus ex machina », c'est-à-dire Ibrahim, accouru à son appel désespéré, eût remonté les ressorts détendus de l'horlogerie automobile, et légitimé son retour dans l'antre de Cacus, devenue pour lui « le paradis de Mahomet », de sorte qu'il en résultait ce prodige, qu'au lieu de l'être par la Lune, planète fantasque et nerveuse, à phases successives et libratoires, à bicorne inquiétant, la belle horlogère se trouvait réglée par son mari lui-même, par un mécanicien de premier ordre, un mathématicien d'une correction absolue, d'un équilibre parfait, incapable de suggestions planétaires, de marées et de mascarets redoutables, à distance égale de la constellation du Taureau et de celle du Capricorne où tous les princes du sang, le Sultan en tête, n'auraient pas été fâchés de le faire pénétrer pour la plus grande gloire du Coran et le triomphe définitif de l'Islam sur la Tarasque extirpée par Barbancu !

Voilà le clou, le vrai clou du grand siècle d'Haroun Al-Baschid et de Charlemagne. Les siècles qui se sont succédé ont vu de grandes choses, et assisté à des réalisations colossales, l'imprimerie, les chemins de fer, le téléphone, la tour Eiffel, la danse du ventre et les lycées de jeunes filles. Mais ce qu'ils n'ont jamais pu produire, ce qu'ils ne produiront jamais, c'est la création par ces deux intelligences associées pour la plus grande gloire du genre humain, qui se sont appelées Ibrahim et Barbancu, de la femme la plus extraordinaire, la plus inimaginable, la plus étourdissante et en même temps la plus pratique, puisqu'elle donnait les minutes, les heures, les années, les quarts de siècle,

qu'elle enregistrait les tremblements de terre, et toutes les oscillations fortuites qui menaçant Ibrahim dans son intégralité conjugale, lui lançaient aux oreilles les modulations désespérées et providentielles du cor de chasse, de la femme qu'on peut jeter comme un défi à la tête de tous les constructeurs de l'avenir, de la femme qu'on ne trouvera plus, qu'on n'inventera plus, qu'on ne réalisera plus, la femme à perfections syndiquées, c'est-à-dire, la femme, à caractère parfait, à musique et à utérus-automobile.

Dr G. Reignier
(de Surgères).

FORMULAIRE

Le régime fortifiant chez les enfants. — M. Crzerny a donné dans le *Jahrb b. Kinderh.*, une étude sur l'influence du régime fortifiant ou corroborant sur la santé des enfants.

Ce régime comprend en général du lait, des œufs et de la viande.

La raison qui l'a fait adopter dès le principe est sa richesse en albumine ou en azote, élément que Liebig considérait comme réglant la valeur nutritive de l'aliment. Bien qu'on ait appris ce que cette opinion a d'insoutenable, on a continué à considérer comme un bon régime pour tout le monde ce régime richement azoté. Crzerny a eu l'occasion d'observer de nombreux enfants fortement nourris, mais il n'en a pas constaté des résultats particulièrement heureux. La constipation habituelle chez les enfants est souvent une conséquence de l'alimentation lactée; elle atteint surtout un haut degré lorsque les enfants sont saturés de lait au point de ne pouvoir prendre d'autres aliments. La constipation disparaît le plus souvent lorsque le régime lacté est remplacé par le régime mixte. Le enfants alimentés par de grandes quantités de lait sont souvent très pâles. Si le régime est exclusif, les préparations martiales n'ont aucune influence sur l'anémie.

Crzerny a observé des diarrhées muqueuses surtout chez les enfants qui étaient suralimentés avec des œufs.

Si c'est la viande qui domine dans le régime des enfants, l'urine présente des précipités d'acide urique, chez les filles il se produit de la vulvite. Ces phénomènes qui peuvent passer pour des signes d'une disposition goutteuse ont disparu lorsqu'on eut remplacé le régime animal par une alimentation riche en végétaux. Les enfants qui sont surtout nourris avec de la viande présentent cependant un meilleur aspect et un meilleur teint que ceux qui prennent surtout des œufs et du lait.

Un symptôme qui paraît dépendre jusqu'à un certain point du régime dit fortifiant est la coloration jaunâtre de la peau plus ou moins apparente chez les enfants un peu gras et que l'on rencontre presque exclusivement chez les enfants des classes riches. Une autre particularité du même régime est de prédisposer aux maladies de la peau qui sont plus fréquentes chez les enfants soumis à une alimentation riche en azote : les affections cutanées résistent aussi beaucoup plus au traitement que chez les enfants soumis à un régime convenable.

Le sommeil est souvent agité chez les mêmes enfants. Il est inexact de croire que le régime fortifiant exerce une influence favorable sur la scrofule qui aurait disparu depuis longtemps des classes aisées si ce régime avait cette action.

Au point de vue de l'évolution de la maladie on ne remarque aucune différence entre les enfants bien ou pauvrement nourris. En tout cas le régime fortifiant n'a ici aucune utilité prophylactique et thérapeutique, mais il peut dans beaucoup de cas donner lieu à des complications superflues.

Le régime fortifiant chez les enfants neuropathiques hâte plutôt qu'il n'empêche l'apparition des phénomènes hystériques.

Il n'est nullement établi que les enfants soumis au régime fortement azoté soient moins accessibles aux

maladies infectieuses ou moins touchés que les autres enfants.

La seule indication d'un régime fortifiant est de donner une alimentation plus riche en albumine pour activer la régénération de tissus détruits après une infection. Mais cette intensité de régime doit être passagère et faut-il encore ajouter des hydrates de carbure aux aliments albuminoïdes.

Prévention des maladies utérines avant et après la puberté. — Sous ce titre, Gill-Wylie, dans le *Br. Med. Journal*, en date du 3 février nous fournit sur cet intéressant sujet les indications suivantes :

Le médecin de famille, en surveillant les jeunes femmes enceintes, peut considérablement favoriser le développement d'un fœtus vigoureux.

On accordera aux petites filles une grande liberté, on les engagera aux exercices physiques jusqu'à l'âge de dix ans, on les élèvera comme on élève les petits garçons.

Le surmenage intellectuel doit être évité. Cette tendance des parents à pousser de bonne heure les jeunes filles aux études, à la culture des arts, à attendre d'elles une tenue de grande dame est blâmable, car elle entrave le développement physique.

La culture intellectuelle se fera mieux et avec moins d'inconvénients après la puberté.

Les organes générateurs mal développés deviennent facilement le siège de lésions pathologiques, qui se manifestent par ces nombreux troubles si souvent observés chez les jeunes filles et les jeunes femmes : leucorrhée, règles douloureuses, polypes utérins et hyperesthésie de la muqueuse utérine. Chez ces personnes encore, au moment des couches, se produisent des lacérations profondes du col dont nous connaissons bien les graves conséquences.

Souvent aussi l'ovaire insuffisamment développé n'accomplira que péniblement son importante fonction. L'ovulation est entravée et l'ovaire devient kystique.

L'auteur croit à la possibilité d'arrêter cette dégénérescence kystique de l'ovaire et de rétablir l'ovulation normale par un traitement général et local bien désigné. Il s'élève contre l'ablation des ovaires et des trompes comme moyen de traitement dans ces cas de désordres fonctionnels.

Chez les jeunes filles l'examen local doit être évité, mais s'il était jugé nécessaire il faut savoir l'exiger. L'examen alors se fera sous le chloroforme et le chirurgien sera prêt à exécuter les petites interventions qu'il pourrait croire utiles : curettage, dilatation du col, drainage de la cavité utérine.

Le bon fonctionnement des intestins fera l'objet d'une attention toute particulière. Le nombre des constipées habituelles chez les jeunes femmes est considérable. Cela tient chez elles à des erreurs de diète, ou à de la simple négligence à se présenter au cabinet en temps opportun.

Les efforts que nécessitent les défécations difficiles déterminent souvent des déplacements utérins qui constituent de véritables infirmités.

Le corset porté assez lâche pour ne pas comprimer la base de la cage thoracique, peut être toléré après l'âge de 18 ans.

L'exercice en plein air, une nourriture abondante et saine, le repos, la tranquillité d'esprit suffisent chez presque toutes les jeunes filles pour régulariser le fonctionnement normal des organes pelviens.

Le réchauffement des nouveau-nés débiles. (Bonnaire et Gagey). — Malgré les objections qui ont été faites à la couveuse et dont quelques-unes ne sont pas sans valeur, il paraît bien démontré que ces appareils, lorsqu'ils sont bien surveillés, et soigneusement soustraits à l'action des germes nocifs, donnent des résultats très favorables, chez les nouveau-nés débiles, de poids très inférieur, ou nés avant terme. Quantité de ces enfants, autrefois voués à une mort certaine, survivent. Néanmoins M. le Dr Bonnaire s'est demandé si on n'arrivait pas à un résultat meilleur encore en employant un moyen permettant mieux que la couveuse ordinaire, d'arriver rapidement à une température assez haute, sans dommages pour l'enfant, quand il s'agit de le réchauffer rapidement. Un de ses élèves, M. le Dr Jean Gagey, en étudiant d'une façon générale, dans sa thèse, cette question de réchauffement des nouveau-nés, vient de décrire le procédé employé dans ce but et les résultats obtenus.

M. Bonnaire s'est basé sur ce fait que le réchauffement se produit beaucoup plus vite dans l'atmosphère humide que dans l'atmosphère sèche, puisque dans la première il ne se produit pas d'évaporation favorisant le refroidissement : dès lors, au lieu d'employer la couveuse

sèche, il a employé la couveuse humide. Pour obtenir cette dernière, il suffit, dans la couveuse ordinaire, de placer sur les boules d'eau chaude une serviette quelconque, préalablement trempée dans l'eau bouillante : Immédiatement les parois de verre se recouvrent de buée qui bientôt ruisselle en grosses gouttes. On change la serviette de temps à autre, toutes les deux heures environ, simplement pour ne pas faire baisser la température de la couveuse.

On obtiendra ainsi un réchauffement beaucoup plus rapide que l'on pourra utiliser ainsi par exemple dans l'hypothermie très marquée d'emblée, dans celle qui résiste à la couveuse sèche, dans le sclérème, dans la diminution progressive de poids chez un enfant, malgré sa mise en couveuse sèche, ou encore dans la cyanose. Il suffit en général de quelques jours pour arriver à une température suffisante pour que l'on puisse employer ensuite la couveuse sèche, car il pourrait y avoir inconvénient à garder l'enfant trop longtemps dans la couveuse humide.

Traitement de la tuberculose du genou, au début, chez l'enfant, par Camille Dupont. (Jules Rousset). — *Conclusions* :

1° Le traitement général de la tuberculose sera institué dès les premiers symptômes de l'affection ;

2° Commencer par : *a*) maintenir le membre en bonne position ; *b*) immobiliser complètement l'articulation ;

3° La marche sera permise sans appareil de décharge dans les formes para-articulaires. Un appareil de décharge sera nécessaire dans les formes osseuses et synoviales ;

4° On commencera en même temps le traitement local : compression et injections de naphtol camphré dans les formes articulaires et synoviales ; dans les formes para-articulaires ; injections de chlorure de zinc et tunellisation des os, combinés à la compression ;

5° Des grandes précautions seront prises pendant la convalescence : la marche ne sera permise que lentement et progressivement après la disparition de tous les symptômes ; massage par effleurage et non par tapotement ; continuer le traitement général (bain de mer) et assurer la surveillance de l'enfant longtemps après ;

6° Le pronostic doit être réservé, cependant la tuberculose du genou chez l'enfant, prise au début, *doit guérir*.

La levure de bière chez les nourrissons ; son action sur les fonctions intestinales. — M. Sebilotte a rapporté à la Société d'Obstétrique de Paris une observation dans laquelle la levure de bière fut donnée à l'enfant, atteint de furonculose, par l'intermédiaire du lait de la nourrice, dont la richesse en beurre augmenta sous l'influence de l'ingestion de cachets de levure de bière. Mais ce qui est surtout intéressant dans ce cas, c'est que l'enfant, qui était constipé avant le traitement eut des selles régulières tant que sa nourrice prit de la levure, et redevint constipé lorsque ce traitement fut suspendu. Si bien que la famille redemanda de la levure de bière, non plus contre la furonculose qui était guérie, mais pour lutter contre la constipation. Cette action est due, sans doute, à ce que la levure de bière apporte des modifications dans les fermentations intestinales. M. Sebilotte a pu s'assurer, sur lui-même, que les selles étaient très faciles et très régulières quand on absorbait des cachets de levure de bière.

Traitement des papillomes vulvaires.

Chaque papillome séparément peut être guéri en cinq à huit jours.

On emploie le collodion salicylé :

Collodion élastique.....	5 gram
Acide salicylique.....	2 —

Appliquer quelques gouttes de cette solution sur huit ou dix papillomes dans une même séance. Dès le lendemain recommencer sur huit ou dix autres et cautériser encore les premiers.

Continuer le traitement jusqu'à disparition complète.

Badigeonnages avec un pinceau fin trempé dans :

Acide acétique.....	30 gram.
— salicylique.....	2 —

Après chaque cautérisation, saupoudrer avec le mélange :

Tanin.....	15 gram.
Salol.....	10 —
Sous-nitrate de bismuth..	20 —

Si les papillomes sont trop volumineux, ablation avec la curette tranchante suivie de la cautérisation au thermo ou au galvano-cautère.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

(TOUVENAINT.)

Balnéation prolongée, lavages externes avec de l'eau tiède ou, ce qui vaut encore mieux, irrigations continues. La balnéation consistera en grands bains tièdes de une ou deux heures de durée ou en bains de siège répétés deux fois par jour.

Dès qu'il devient possible d'introduire dans le vagin une canule, recourir aux irrigations fréquentes et prolongées, soit avec une solution de *sublimé* à 1/2000 :

Sublimé..... } ãã 0 gr. 50 c.
Acide tartrique..... }
Teinture de carmin.... II gouttes.

Pour un paquet. Un paquet pour 2 litres d'eau.

Ou de *permanganate de potasse* à 1/1000, ou plus simplement avec de l'eau bouillie.

Insufflations dans le vagin, jusque sur le col utérin, de poudres modificatrices :

Acide borique..... } ãã 60 gram.
Tanin..... }

Introduire un tampon d'ouate aseptique assez gros pour bien isoler l'une de l'autre les parois du vagin et en même temps bien déplisser la muqueuse.

Sur la vulve, on placera entre les lèvres des lamelles d'ouate hydrophile ou des lanières de gaze qu'on maintiendra au besoin, à l'aide d'un bandage en T.

S'il y a de l'uréthrite, prescrire des boissons diurétiques en abondance ; on interdira toutes les boissons alcooliques et les mets épicés et on ordonnera à l'intérieur :

Salol..... 0 gr. 50 cent.

Dans un cachet. Quatre cachets par jour.

Prescriptions dermatologiques diverses utilisées à l'hôpital des Enfants malades.

M. P. Lucas-Championnière vient de réunir une série d'ordonnances qui sont préparées à l'avance et sont données aux nombreux consultants de la policlinique de l'hôpital des Enfants, pour les cas les plus fréquents de maladies de la peau. Ces ordonnances ne prescrivent que des substances peu coûteuses, et d'autre part, elles contiennent des indications indispensables pour que leur application soit faite utilement. Il est utile de les reproduire.

Pelade. — 1° Couper les cheveux ras une fois par semaine.

2° Laver la tête une fois par jour avec de l'eau chaude et du savon blanc.

3° Frictionner énergiquement la tête avec la solution :

Alcool camphré..... 100 grammes.
Essence de térébenthine..... 25 —
Ammoniaque..... 5 —

4° Frictionner légèrement une fois par jour les plaques malades et leur bordure avec une baguette de bois recouverte d'ouate et trempée dans la solution :

Chloroforme..... 25 grammes.
Acide acétique cristallisable..... 5 —

Prurigo. — 1° Ne donner à l'enfant ni vin, ni bière, ni café, ni liqueurs.

2° Veiller à ce que tous les jours à la même heure il aille à la selle.

3° Lui donner peu de viande et beaucoup de légumes, et peu assaisonnés en vinaigre et poivre.

4° Chaque soir le frictionner doucement sur tout le corps avec de l'huile de foie de morue non épurée ; lui laisser pour la nuit une chemise de toile fine et longue, qu'on ne changera d'au moins quinze jours, ainsi que les draps du lit.

5° Le matin au lever, faire une lotion de tout le corps avec une éponge imbibée d'eau vinaigrée fraîche, puis, sans essuyer, poudrer abondamment avec de la poudre de fécule de pomme de terre.

6° Lui donner chaque jour à chaque repas dans un peu de potage un des paquets ci-dessous :

Phosphate tribasique de chaux 1 gr. pour un paquet n° 20.

Confection d'un cataplasme de fécule de pomme de terre. — Prendre un grand verre d'eau, dans la moitié de cette eau, délayer lentement une cuillerée et demie à soupe de fécule de pomme de terre, de manière à ce qu'il n'y ait pas de grumeaux. Faire bouillir l'autre moitié et, quand elle bout, y verser lentement le mélange de fécule, puis agiter doucement jusqu'à production d'une gelée claire transparente et molle. Puis verser le tout entre des doubles de tarlatane qui, au préalable, auront été passés à l'eau bouillante.

Laisser refroidir sur un plat en porcelaine bien propre et appliquer à froid. Maintenir par une bande légère sans intermédiaire de taffetas gommé. Changer quand le cataplas-

me est échauffé, en moyenne, si possible, toutes les heures.

Phtiriase et impétigo. — 1° Couper les cheveux absolument ras.

2° Tenir sur la tête des compresses de linge imbibées d'eau bouillie, et recouvertes de taffetas gommé; quand les croûtes sont molles, les détacher doucement.

3° Laver chaque jour la tête à l'eau chaude et au savon blanc, puis lotionner avec de l'eau vinaigrée chaude (un verre d'eau ajouté à un verre de vinaigre).

4° En dernier lieu, lotionner matin et soir avec la solution :

Eau.....	500 grammes.
Sublimé corrosif....	1 —
Alcool.....	Q. S.

Eczéma aigu. — Ni vin, ni café, ni liqueurs.

Appliquer en permanence sur les parties malades des cataplasmes de fécule de pomme de terre froids et moelleux, qu'on changera quand ils seront échauffés.

Quand l'eczéma ne sera plus chaud, appliquer une couche épaisse de la pâte :

Vaseline.....	20 grammes.
Poudre d'amidon....	8 grammes.
Oxyde blanc de zinc pulvér.....	8 grammes.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1900.)

La Clinique des nourrissons à Dresde. (Dr Fachs, de Dresde.)— Les Drs Schlopmann et Flachs ont fondé à Dresde une Clinique spéciale pour les nourrissons avec une Policlinique pour les enfants.

La clinique comprend vingt-cinq lits ; n'y sont admis que les enfants malades jusqu'à l'âge d'environ un an. Les cas contagieux et ceux de chirurgie ne sont pas acceptés.

En première ligne, les enfants sont nourris au sein. Les nourrices sont envoyées de la Maternité de Dresde (Pr. Léopold) et sont acceptées avec leurs enfants, à titre gratuit. Elles nourrissent leurs enfants, tout en allaitant les nourrissons malades. Plus tard, elles sèvrent leurs propres enfants, qui sont préparés de cette manière à l'alimentation artificielle. Si la nourrice reste quelque temps, elle reçoit un salaire de 10 marks par mois. Quand elle quitte la clinique, son enfant, confié à une mère nourrice du voisinage, doit être apporté toutes les semaines au contrôle de la Policlinique.

L'alimentation artificielle se fait principalement par un mélange de crème et d'eau dans les proportions du lait maternel.

Dans le laboratoire clinique a lieu le dosage régulier du lait (acide, beurre, glycose, matières azotées).

Les flacons sont nettoyés et stérilisés à sec dans un appareil de Soxhler, et après avoir été remplis, exposés à une température de 37° pendant 5-10 minutes. La plupart des flacons sont distribués à la clientèle de la policlinique à un prix très modéré ou à titre gratuit.

Les mères n'ont qu'à chauffer les flacons avant de les donner aux enfants et à remplacer l'obturateur par une tétine.

Le service de la clinique se fait par des jeunes filles sous la direction d'une supérieure. Après leur année elles quittent la maison avec un certificat de garde-malade auprès des enfants.

Pour combattre avec succès la mortalité des nourrissons, il est nécessaire d'approfondir les recherches sur l'alimentation et de fournir du lait bon et bon marché aux enfants.

Des cliniques consacrées spécialement aux nourrissons, facilitent de beaucoup l'étude du problème et sont indispensables pour arriver au but.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

OBSTÉTRIQUE

—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPERÉMÈSE DES GRAVIDES

Par le docteur Oedön Juszkai
(de Budapest.)

C'était un cas fort grave de l'hyperémèse des gravides, observé dans l'Institut de M. le Professeur *Jauffer*, qui, il y a quelques ans, attirait mon intérêt vers la question de cette complication tellement désastreuse de la grossesse.

Mme F., la sœur d'un confrère, venait d'être admise à l'hôpital à cause de vomissements incoercibles, survenus au troisième mois de la grossesse et qui avaient déjà épuisé la malade jusqu'à l'extrême degré de l'inanition.

Nous étions alors témoins d'une lutte navrante. On employait tous les remèdes jamais indiqués, on eut recours à tous les procédés imaginables, on s'ingéniait même à essayer des méthodes, se basant uniquement sur la bonne foi et, finalement, on se résolut à l'emploi de l'avortement artificiel, à la « thérapeutique de désespoir » (Dubois)... nul n'y fit, et malgré des efforts surhumains, la pauvre femme succomba quelques heures après d'inanition.

Heureusement, l'hyperémèse vraie est fort rare ; le Professeur *Hohl* (1) prétend, par exemple, de ne l'avoir jamais vue. Les praticiens et spécialistes les plus renommés n'ont pu enregistrer que des cas peu nombreux, fait qui ressort d'ailleurs de la littérature corrélative, que j'extrais des travaux de *Géniot*, *Manassein*, *Dubois*, *Sutugin*, *Charpentier* ; celle des cinq dernières années est une autocollection extraite des publications parues dans les feuilles médicales.

Avant d'entrer dans les détails des deux cas faisant l'objet de cette étude, je tiens à déclarer que ce n'est ni la rareté de l'affection, ni quelque nouveau remède, ni même le désir d'émettre une nouvelle théorie, qui m'eussent engagé à choisir ce sujet ; c'est tout simplement une explication, un point de vue, qui m'y a entraîné ; mais une explication se basant sur des preuves objectives, aptes à élucider tous les cas publiés jusqu'à cette heure et qui, du reste, n'a pas tardé à me conduire impérieusement sur la trace d'un *procédé thérapeutique* tout à fait pratique et réussi.

(1) *Sutugin*. Hyperémesis gravidarum, 1883, p. 21.

Voici mon idée en quelques mots :

En feuilletant la littérature, à savoir les publications originales en vue de la question présente, je m'aperçus de suite, qu'à mesure que je revenais de *Paul d'Aegina* vers nos jours, notamment en 1880 et depuis, les publications devenaient de plus en plus fréquentes.

Etant donné que la maladie — avec son aspect clinique si promptement déterminé — est aussi bien reconnue et décrite par Paul d'Aegina que par *Ahlfeld*, ce n'est donc pas à de nouvelles méthodes d'examen, ni à de nouveaux points de vue, qu'il convient d'attribuer l'augmentation de la littérature respective ; que, d'autre part, on ne peut pas supposer que « la rage d'écrire » ait pris de telles proportions chez la jeune génération, j'arrivais à la conclusion que la cause en était à chercher dans la négligence, avec laquelle on faisait le diagnostic et qui menait les observateurs à diagnostiquer une hyperémèse de grossesse, alors que, sinon toujours, mais certainement bien des fois, on était en face de simples vomissements récalcitrants au cours d'une grossesse existante ou imaginaire.

Vous ne trouverez pas deux auteurs dont l'un n'ait sa classification *non plus ultra,* infaillible de l'affection en plusieurs périodes ; malheureusement peu d'entre elles s'accommodent aux faits cliniques.

J'ai tenu à enregistrer quelques-unes de ces classifications dans l'ouvrage original ; ici, je me borne à remarquer que la plupart des observateurs s'en tiennent à déterminer 3 à 5 périodes de l'hyperémèse, qui se suivent sans transition en prenant une forme de plus en plus grave ; la dernière en est — bien entendu — la mort !

Mais qu'est-ce qu'il arrive, aussitôt que l'on se met à éliminer des cas publiés ceux qui, sous la loupe du logicien, ne peuvent rester dans la rubrique ?

On verra sur le champ *qu'il n'existe qu'une seule période,* qu'il n'y a qu'une seule hyperémèse des gravides, qui mérite d'être surnommée ainsi.

Finissons — pour commencer — avec le nombre considérable des vomissements communs, dits symptomatologiques, et comme y appartenant, voyons un peu le symptôme si fréquent du vomissement chez la femme enceinte (en prépondérance chez les I. P.), surtout dans la première moitié de la grossesse !

Ces formes-là, quoique très désagréables et parfois inopportunes, ne sont jamais suivies de phénomènes graves, ou menaçants. On voit journellement des femmes enceintes, qui n'ont

qu'un seul vomissement au lever, et d'autres, qui en sont tourmentées 10-15 fois dans les 24 heures ; elles guérissent toutes sans aucune intervention. Ce sont les formes peu graves (symptomatiques), et la preuve en est que les femmes ne perdent une seule livre de leur poids, ni un brin de leur appétit.

Faites-les monter de temps en temps sur la bascule et vous serez avertis !

Ce ne sont que *les symptômes de l'inanition lente ou accélérée* qui indiquent la forme grave, c'est-à-dire, la vraie hyperémèse ; mais avec un peu de soins et surtout à l'aide d'examens biochimiques, on les reconnaîtra à temps.

Il faut ensuite éliminer les cas, dans lesquels la *grossesse* n'était que vaguement diagnostiquée, ou dans lesquels subsistaient simultanément d'autres affections bien plus aptes à faire comprendre les vomissements graves.

Une gastrite chronique, une péritonite aiguë, une névrose de forme grave, l'hystérie, une affection cérébrale, certaines entérites,etc.,peuvent déterminer des *vomissements fréquents* chez la femme enceinte ; l'état peut même s'aggraver jusqu'à l'apparition des symptômes de l'inanition ; surnommez-les vomissements incoercibles, si vous voulez ; *mais ce n'est pas l'hyperémèse de la grossesse.*

Ces maladies sont accompagnées de vomissements de formes plus ou moins graves ; il n'y a aucun doute que, dans la grossesse ou, plus précisément,par les transformations de l'organisme au cours de la grossesse, elles peuvent déterminer des vomissements — puisque c'est leur symptôme caractéristique — et aggraver l'état de la femme ; mais, pour le logicien, ces vomissements sont loin d'être la conséquence de la grossesse, c'est-à-dire de l'être exclusivement.

Il est évident que, dans ces cas-là, l'avortement artificiel ne peut rien ou presque rien, que l'opération soit faite n'importe quand ; et voilà la cause des résultats tantôt fort désastreux, tantôt bien favorables des auteurs différents, obtenus avec l'avortement artificiel dans les cas de l'hyperémèse des gravides.

Pour nous, l'hyperémèse des gravides est une forme très grave de vomissements, qui, avec exclusion de toute autre affection, a pour cause unique la grossesse et dont la gravité est réglée par le degré et la marche de l'inanition.

Les cas pareils d'hyperémèse des gravides étaient toujours très rares et le sont encore.

La séparation rigoureuse nous aidera à comprendre tous les résultats, favorables ou non, des remèdes et procédés indiqués

jusqu'à nos jours, et — fait important — elle nous fournira la juste mesure pour l'application de l'avortement artificiel, en élevant ce dernier à la hauteur d'un traitement, qui pourra être invoqué de bonne foi par le médecin le plus consciencieux.

Les théories et explications si variées sur l'origine de la maladie laissent entrevoir de suite l'unilatéralité des points de vue.

Voici, par exemple, l'opinion de *Kaltenbach* et *Ahlfeld*, qui accusent l'hystérie comme fait *causal* dans l'hyperémèse des gravides.

La dénifition « hystérie » est — en justes termes — une chose inconnue dans la médecine ; allez donc prouver quelque chose avec ce facteur obscur, en admettant même que la combinaison hystérie et hyperémèse des gravides soit inattaquable !

Vous savez très bien, Messieurs, à quel point les sujets hystériques sont capables de produire n'importe quoi, même un vomissement incoercible ; que cela puisse leur arriver justement au cours de la grossesse, est facile à comprendre.

Sutugin, *Ahlfeld* et d'autres, en signalant de complètes guérisons après un régime diététique, n'ont prouvé que des choses connues ; mais on ne peut guère se soustraire à l'idée, que dans ces cas il ne s'agissait que d'affections stomacales ou intestinales, avec l'amélioration desquelles les vomissements démesurés disparurent, pendant que la grossesse continua sa marche ; c'est plus plausible, à mon avis au moins, que d'en vouloir conclure à une influence spécifique du régime diététique sur les vomissements des gravides.

Si ces auteurs ou leurs adeptes avaient exécuté tout de suite après les premiers symptômes menaçants l'avortement artificiel dans ces cas, les vomissements auraient cessé peut-être pour un moment, pour reparaître aussitôt et ne seraient certainement disparu qu'avec la guérison de l'affection stomacale ou intestinale.

Toujours est-il possible que la grossesse ait causé le symptôme du vomissement chez la femme atteinte d'une gastrite ; mais ce vomissement était-il bien une hyperémèse des gravides ?

Voilà l'explication des guérisons obtenues par les lavages stomacaux, par les stomachiques (pepsine, ingluvine, nux vomical, etc.), voilà l'explication des bons effets du calomel (d'après *Lewi*) et peut-être de ceux de la menthole (*Gottschalk*), etc., etc.

Les procédés d'examen plus méticuleux des aliments rendus ou des repas d'essai nous permettent de diagnostiquer les affections les plus diverses de l'estomac, dont l'existence pouvait être justement supposé, ou bien se manifesta à l'autopsie.

De plus, je suis assez renseigné sur le rapport empiriquement établi entre les affections de l'appareil génital et celles de l'estomac, pour éviter l'erreur de regarder l'évolution secondaire d'une gastrite comme consécutive aux mouvements antipéristaltiques provoqués par le vomissement. Du reste, je reviendrai sur cette question plus tard.

Quant à la cause de la maladie, nous arrivons — après tout ce qui a été dit — à la conclusion, que *la grossesse à elle seule* est capable de provoquer une hyperémèse. Si la gravidité coïncide avec des affections de l'organisme, remontant d'avant la fécondation et dont un symptôme est ou peut être le vomissement, la grossesse n'est alors qu'un simple agent causal.

Aujourd'hui, il n'y a guère de difficultés à diagnostiquer sûrement une affection accompagnée de vomissements (par exemple péritonite aiguë généralisée ou circonscrite, méningite, catarrhe chronique de l'estomac, hystérie, etc., etc.) ; reste donc à répondre aux questions suivantes :

1° Comment la grossesse provoque-t-elle les symptômes de l'hyperémèse ?

2° Quels sont les symptômes caractéristiques d'une hyperémèse de grossesse spécifique ?

3° Quel est le traitement qui doit être suivi ?

La courte description de mon premier cas servira à y apporter un peu de lumière.

Mme Sch. I. P., âgée de 24 ans, me fit appeler le 13 octobre de l'année passée à cause de vomissements récalcitrants.

Elle est à la dixième semaine de sa grossesse. La femme, de taille moyenne, très bien faite, souffre de vomissements s'aggravant continuellement, depuis 4 semaines.

Lors de sa première grossesse, il y a dix-huit mois, elle avait été prise au deuxième mois de la gravidité, de vomissements fréquents, qui l'avaient tout à fait épuisée. Son médecin l'avait bourré de médicaments les plus divers sans aucun résultat ; finalement, elle s'était déterminée à prendre des bains très chauds, et des irrigations avec de l'eau bouillante, afin de provoquer l'avortement. Elle y réussit ; l'abortus eut lieu dix jours après et la dame guérit.

Cette fois, si c'est possible, elle aimerait garder l'enfant.

Cette femme héréditairement non atteinte fut dès son enfance toujours bien portante ; pas de trace d'hystérie ou de nervosité, ni d'une affection stomacale ou intestinale quelconque.

Elle souffre actuellement depuis la sixième semaine de sa grossesse. Il y a 4 semaines que, subitement, elle fut prise d'un sentiment de dégoût contre les aliments, qui ne tardait pas à s'accentuer jusqu'à des vomissements violents. C'en était ainsi depuis le début de la grossesse ; elle avait vomi de temps en temps, mais jamais à ce point-là ; actuellement elle vomit de plus en plus violemment et fréquemment, jusqu'à

25 fois dans la journée ; elle maigrit à vue d'œil et son poids normal, de 68.5 kilogrammes, était descendu à 66 kgr.

Le teint et les muqueuses visibles sont devenues pâles, les yeux sont creux, la bouche et le pharynx secs, la langue couverte, le ventre très peu ballonné, la sensibilité est accentuée au-dessus du petit bassin et la pression à cet endroit provoque une nausée et des vomissements.

L'épigastre est également sensible depuis quelques jours.

Au toucher vaginal, je trouve l'utérus grand comme un poing virile et présentant les signes d'une grossesse. La sensibilité dans le petit bassin est augmentée et l'exploration suffit à provoquer des vomissements très véhéments.

Respiration, de 26 à 28 dans la minute, pouls 98, temp. 37° C.

Quantité de l'urine 350 grammes en 12 h. ; couleur jaune foncé, réaction doucement acidique, poids spécifique de 1022 ; un peu d'albumine (preuves avec de l'acide acétique et de la potasse de ferrocyanure) ; sous le microscope rien de positif. Le sang pris du petit doigt de la main gauche a 1055 de p. sp. (Pikrometer, *Schmaltz*), l'alcalescence indique 350 mgr. de soude (Meth. de *Zuntz*) et paraît donc augmentée. 4.100.000 de globules rouges (*Thoma Zeissl*), contenu de globuline 1 2 gr. en 100 ccm. (hémomètre de *Fleischl*).

Sous le microscope, pas de transformations évidentes ; l'hématoxylinéosine teinte les globules rouges ; point de noyaux.

Le 24 oct., jour de l'examen, le poids de la dame est de 65 kilos 4. Les vomissements s'élèvent à 28 en dix heures.

L'aspect est donc celui d'une inanition de degrés facilement à prouver (Manasseïn), malgré l'extérieur pas trop décourageant de la femme.

Le médecin de la famille avait ordonné jusque-là tout ce qu'on peut imaginer. Je fis supprimer les médicaments, ordonnai le coucher dorsal et fis administrer tous les 15 à 30 minutes un peu de lait glacé, mais qui fut chaque fois immédiatement rendu. De petits morceaux de viande, gros comme un haricot et rapidement rôtis au-dessus d'une flamme de gaz (*Sutugin*), furent un peu retenus dans l'estomac, mais ne pouvaient ni diminuer la fréquence ou la véhémence des vomissements, ni empêcher la disparition de l'appétit.

Des lavages de l'estomac avec une solution de soude, l'électricité, des boissons chaudes, puis de la menthole, de la cocaïne, de l'opium, de la codeine, du cerium oxalicum, etc.; application d'une solution de nitrate d'argent au 10e et au 15e sur le cervix, une, puis deux fois dans la journée, onguent de cocaïne 1 à 50 (*Bois*), puis ingluvine, chloralhydrate en lavements, onguent d'iode, teinture d'iode sur le cervix ; le 30 octobre, avec beaucoup de précautions une tentative fut faite pour dilater le cervix.

Venait ensuite la base d'orexine d'après *Frommel* (trois fois par jour 0,25 de base d'orexine préparée par Kalle et Bieberich), sans aucun résultat ; malgré tous ces efforts, faits en 23 jours et en dépit même des inhalations d'ozone, l'état s'aggrava de plus en plus.

La malade gardait toujours strictement la position horizontale, la tête en bas, et, puisque l'estomac ne retenait absolument rien, je fis administrer des lavements combinés de peptone et de lait.

Eh bien, Messieurs, tout cela n'y pouvait rien, l'inanition marchait toujours d'une allure accentuée, et voici l'état de la femme le 26 octobre :

Épuisement extrême, défaillance, apathie. Inappétence absolue. 26 vomissements en 12 heures. La peau, très pâle, sèche, dénuée de l'épiderme aux extrémités ; les muqueuses visibles cyanotiques. Facies hippocratique, yeux troublés, pouls 130, temp. 36.9° C. Sensibilité extrême, de l'épigastre et autour de l'utérus. Ventre plat. Le toucher augmente la sensibilité et est immédiatement suivi de vomissements ; de temps en temps, on voit apparaître une goutte de sang dans le liquide vert muqueux, qui est rendu. 380 gr. d'urine jaune dans les 24 heures, de réaction doucement acidique ; le poids spécifique en est de 1024 ; quantité d'albumine et d'épithelium rénal sous le microscope.

Le sang, pris de la main droite, montre un poids spécifique de 1057, il est d'une alcalescence énorme, correspondant à 425 gr. de soude d'après *Zuntz*.

Je pratiquai donc l'opération le 1er novembre 1894 avec l'assistance de mon ami, le docteur Alex. *Marton*. Après l'évacuation du vagin, que la veille, j'avais eu soin de tamponner, la malade fut mise en position de Sims.

La dilatation fut exécutée selon mon procédé au moyen d'un instrument très maniable. C'est un simple cathéter utérin d'après *Fritsch-Bozemann*, avec la petite modification qu'il n'a pas d'orifice par devant.

Il sert donc comme bougie — (le fluide n'en pouvant pas sortir) — dans laquelle je fais circuler de l'eau chaude à 55-65° C.

Je commence par celui de mince calibre, pour le remplacer bientôt par un autre de circonférence plus grande. Les diamètres en correspondent à ceux des dilatateurs de *Hegar*.

Dans le court délai de 2 à 5 minutes, souvent même en quelques instants, le cervix se dilate à un ou deux doigts de travers ; en même temps de violentes contractions surviennent et amènent l'hémorrhagie.

Tout ce mécanisme s'accomplit à merveille.

Bien que l'hémorragie ne fût pas abondante, les contractions étaient assez efficaces pour que, peu après, je pusse évacuer l'utérus au moyen d'une grosse curette de *Recamier*. C'était d'ailleurs la première fois que j'étais forcé d'employer la curette, puisque dans les cas précédents les contractions suffirent à ramener l'œuf tout entier de la matrice.

Une injection d'iode terminait l'opération. Dès lors, l'état s'améliora progressivement, quoique d'un pas lent jusqu'au 14 novembre, quand subitement (on racontait que la femme avait mangé de la pâtisserie) les vomissements reparurent de plus belle et atteignaient le nombre de six au courant de la matinée.

Les symptômes caractéristiques étaient alors les suivants : grande sensibilité des organes génitaux internes, petit pouls accéléré (120 à la minute) et une augmentation de la température qui, à 5 heures du soir, était de 38-6° C, jamais davantage.

L'inanition précédente — à ce temps — ne s'était améliorée que très peu ; le poids marquait en 13 jours une augmentation de 1.600 gr., mais il y a toujours de l'albumine et de l'épithèle rénal dans l'urine, et l'alcalescence encore importante (250-300 mgr. natr. *Jaksch*, *Landois*) du sang venant s'adjoindre à l'état susdit bien caractéristique, j'optais pour une *affection circonscrite du péritoine* (pelveo-péritonitis levis, dirait Sutugin). En conséquence, je fis appliquer immédiatement de la

glace sur le bas-ventre et sur l'estomac, en prescrivant des suppositoires de laudanum de 3 ctgr., 3 à 4 par jour.

L'amélioration se produisit comme par enchantement. Vingt jours après la malade quittait son chevet.

Certes, c'était une affection locale du péritoine, probablement rien qu'une irritation péritonéale, mais conséquence directe de la grossesse et cause de l'hyperémèse, qui menait ensuite à l'inanition avec tous ses symptômes menaçants.

Il est donc très simple à trouver le nexus causal et quant à l'étiologie je suis du côté des auteurs, qui admettent une affection du péritoine comme cause directe des complications de la grossesse.

Il s'agit donc ici d'une hyperémèse spécifique d'une gravide, pendant que l'affection de l'estomac n'était que de nature secondaire.

Dès le moment que l'on aura résolu la question pourquoi une affection du péritoine provoque des névroses réflexes, comme hoquet, bâillement et vomissement, on ne sera nullement embarrassé pour désigner les causes provoquant l'hyperémèse au cours d'une grossesse.

L'irritation locale n'est pas difficile à trouver dans un *trouble trophique* local (sur le périmétrium), provoqué par la *tension* agrandie (accroissement rapide de l'utérus) et *l'anémie* consécutive du périmétrium, puisque les artères comprimées et allongées sont forcées de nourrir un territoire relativement plus vaste avec la même quantité de sang.

Il est vrai que le péritoine est relativement riche en éléments fibreux, donc qu'il doit être capable de distension ; mais cette capacité est individuelle.

De plus, le péritoine ne prend nullement part aux changements de gravidité, il n'est distendu que passivement par l'utérus.

S'il y a donc défaut individuel ou occasionnel dans cette capacité, ou bien si la distension du péritoine est *relativement* plus grande, le trouble trophique peut vite advenir et l'irritation (trophique) locale va se manifester par tous ces symptômes sous l'aspect d'une affection locale du péritoine.

On décrit le plus souvent une sensibilité accrue de l'utérus, qui, à l'examen, paraît s'accentuer. De petits élèvements de la température, un pouls accéléré et petit et le vomissement sont les symptômes de cette affection.

La grande tolérance elle-même des grandes doses d'opium semble affirmer mon point de vue et non moins le fait que la plupart des cas d'une *vraie* hyperémèse ne surviennent qu'au

temps du développement plus rapide de la matrice, c'est-à-dire au troisième mois de la grossesse.

On comprend ainsi qu'il y avait des cas dans lesquels les sédatifs ou le repos absolu se montraient de bon effet et on s'explique également pourquoi les hyperémèses vraies se calment sinon sur le coup, au moins après l'involution de l'utérus dans la suite d'un avortement artificiel ou spontané. Les cas, dans lesquels cela n'arrive pas peuvent être attribués :

1° au fait, que l'involution ne marchait que très lentement ou d'une manière imparfaite ;

2° ou bien l'inanition était tellement accentuée que, malgré l'élimination de la cause initiale (grossesse) on n'arrivait plus à couper la marche des transformations consécutives de l'organisme (anémie, gradation inaltérable des réflexes, épuisement !).

Les symptômes caractéristiques sont ceux d'une irritation du péritoine et le degré du danger dépend du degré de l'inanition.

Je conclus donc que l'amoindrissement rapide du poids et de la quantité quotidienne de l'urine (jusqu'à 300 gram.), la présence d'albumine ou d'épithèle rénal dans l'urine, l'alcalescence agrandie du sang, les signes microscopiques de l'anémie aiguë (normoblastes, megaloblastes mononucléaires) sont des symptômes qui nécessitent une intervention rapide et autorisent à l'emploi de l'avortement artificiel.

Bref, si en présence d'une grossesse il y a des vomissements, si l'on peut exclure toutes les affections qui peuvent en être la cause et qu'il ne reste alors que des symptômes d'une péritonite circonscrite dans le sens ci-dessus mentionné, on fera bien d'ordonner de la glace sur le ventre et d'administrer de grandes doses d'opium par le rectum.

La glace peut être substituée dans certains cas par des cataplasmes bien chauds. L'opium même est le spécifique des irritations du péritoine et rend *de bons services contre l'inanition*, puisque la motilité coupée, la marche de l'inanition devient moins rapide.

L'utilité des cataplasmes chauds et même de la chaleur appliquée localement (au vagin) se manifestait en deux autres cas, dans lesquels j'observais l'aspect typique de l'inanition à une époque plus avancée ; en effet, les symptômes cliniques ne tardaient pas à s'améliorer dans un très court délai.

Dans un cas que je vais rapporter les symptômes biochimiques s'étaient transformés en 10 heures d'une façon très favorable.

J'appliquai dans ce cas la chaleur par la voie vaginale, c'est-à-dire paramétrale.

Je fis monter une sonde à double courant d'un ballon de caoutchouc — semblable à un kolpeurynter de *Braun* —, et après l'avoir poussé jusqu'au col de l'utérus, je laissai circuler un courant d'eau de 30° C, puis de 31-32 degrés. Un simple robinet à la branche décurseuse permet de modérer le contenu du ballon à l'aise ; fortement rempli, le ballon s'appuie ferme aux parois du vagin, tout en évitant le contact plus intime avec le col ou les culs-de-sac latéraux ; moins rempli, le ballon s'accommode plus intimement aux parties supérieures du vagin.

Il n'y avait pas de trace de contractions, ni de ses conséquences, bien que je ne me dissimulasse point la possibilité de provoquer l'avortement.

Depuis, je pratiquai plusieurs fois ce traitement ; je fis même circuler de l'eau glaciale par la sonde sans jamais provoquer de contractions. Les cas se présentaient tous aux trois premiers mois de la grossesse.

Le cas d'hyperémèse rapporté plus haut fut aussi l'objet d'une observation clinique très méticuleuse ; les expériences biochimiques furent toujours très exactement surveillées.

Je commençai par chercher l'albumine par l'échauffement où à l'acide nitrique, puis, ces épreuves ayant échoué, je continuai par l'acide acétique et ferrocyanure de potasse ; la sensibilité trop grande de cette dernière épreuve me fixait finalement sur la réaction de l'acide sulfosalicylique.

Le verre s'élargissant en haut et gravé par degrés en millimètres fut toujours rempli de 20 centimètres cubes d'urine et de 10 centimètres cubes d'acide nitrique.

Ainsi j'étais toujours à même de mesurer l'étendue du cercle d'albumine et en même temps fixé sur le contenu de l'urine en albumine.

Le poids spécifique du sang fut déterminé par le Pikrometer, l'alcalescence par la méthode connue de *Jaksch-Landois*.

Je sais très bien que ces expériences biochimiques ne sont pas sans reproche ; je les emploie tout de même, puisque dans trois cas d'hyperémèse j'ai trouvé affirmé les résultats, c'est-à-dire l'agrandissement du poids spécifique et l'accroissement de l'alcalescence.

La seconde observation concernait une IIIp. de 32 ans, qui me consultait au mois de janvier à cause de vomissements fréquents.

Dernières règles le 10 novembre 1894 ; grossesse manifeste : vomissements depuis trois jours.

DATE	Poids en grammes.	Vomissem. en 12 heures.	Température. Mat.	Température. Soir.	Pouls.	Traitement.	Alimentation.	Urine en 24 heures.	Réaction.	Poids spécifique.	Albumine	en °/.	Eléments rénaux.	Alcalinité du sang.	Poids spécifique.	Microscope.	Nota.
14 janvier 1894	79440	5	37	37.2	88	—	Comme à l'ordinaire.	1860	Légèrement saline.	1021	0	1	0	250	1051	Normal.	Grossesse de 5 semaines.
15	79440	12	36.9	37.2	96	Repos.	Lait glacé.	1845	»	1021	0	1	—	250	1051	»	.
16	79440	16	36.9	37	93	»	»	1810	»	1022	0	—	0	—	—	—	
19	79440	15	37	37	96	»	»	1300	»	1022	Traces (sulphosalicyl.)	—	—	240	—	—	Klysma.
26	77220	15	37.5	37	120	»	»	970	Indifférent.	1023	Augmentation.	0.70	Cylindres rénales.	300	1055	Normoblastos et megaloblastes mononucléaires.	
29	76905	15	36.9	38.2	120	»	»	800	»	1023	»	0.79	»	300	—	—	Klysma.
2 février	76780	20	36	38.8	120	Opium. Glace.	Lavement peptonisé. Champagne	630	»	1026	»	0.45	»	350	—	Normoblastos et megaloblastes mononucléaires.	Compresses chaudes.
4	75800	8	36.9	38	130	»	1/2 l. de lait.	610	Légèrement saline.	1024	»	0.45	»	350	—	—	»
8	75890	4	37	37.5	120	Glace. Douche vaginale.	Lait. Bouillon. Champagne Glace.	1100	»	1021	Un peu moins.	0.80	»	250	—	»	Chaleur vaginale.
12	76000	3	37	37.5	102	Douche vaginale.	»	1410	»	1022	—	0.90	»	—	—	—	
16	76105	5	37	37.4	92	»	1 1/2 l. de lait	1500	»	1022	—	0.90	Epithél.	280	1052	—	
20	76400	2	37.1	37.2	90	»	2 lit. de lait.	1650	»	1022	—	1	»	—	—	—	
27	77400	1	37	37.3	90	—	—	1590	»	1022	Traces.	—	—	278	1051	Normal.	

Mêmes vomissements pendant les deux grossesses précédentes ; les premiers avaient cessé 25 jours après leur début, au troisième mois de la gravidité, spontanément ; mais 4 jours plus tard, elle fit une fausse couche ; la deuxième grossesse, troublée par des vomissements qui duraient 35 jours, se terminait également par une fausse couche au 4e mois.

A l'heure présente, elle vomit 5 fois par jour et cela même sans avoir mangé quelque chose.

Le poids de la femme, d'une hauteur de 167 cm. (14 janvier), est de 79 1/2 kilos ; 12 jours plus tard le poids marque 77.20 kilo. Quinze vomissements dans les 24 heures.

La quantité d'urine qui, le 14 janvier, était de 1860 grm., se réduisait le 26 à 970 grm.

Les chlorides s'amoindrirent à 0.70, l'alcalescence du sang monta de 250 à 300.

Les symptômes de l'inanition deviennent précis dès le 29 janvier, resp. le 2. février (v. le tableau).

Prescription : Glace sur le ventre et 8-10 cgr. d'opium par jour.

La glace est substituée bientôt par des compresses chaudes et par l'application interne (vaginale) de la chaleur ; l'amélioration est manifeste dès le deuxième jour, puisque les vomissements baissaient de 20 à 8 ; la quantité d'urine (630) et les chlorures (0.45) diminuent encore, mais déjà la malade retient un demi-litre de lait.

La sensibilité du bas-ventre s'est amoindrie ; le toucher reste toujours douloureux ; en conséquence on continue les douches vaginales.

4 jours plus tard le poids recommence à augmenter ; le 20 février la malade supporte 2 litres de lait. La quantité de l'urine, qui s'est abaissée à un tiers, redevient normale, ainsi que le contenu en chlorures ; l'alcalescence du sang redescend.

Des traces d'albumine se montraient dès le 19 janvier (réaction de sulfo-salicylate), mais le microscope ne révélait la présence d'éléments rénaux, que le 26 (néphrite par inanition).

12 semaines plus tard, l'albumine était encore présente en traces. Les éléments rénaux restent jusqu'au 20 février, puis le 27 ils disparaissent.

Le poids tardait 14 semaines à remonter à la hauteur initiale. Du 26 janvier au 8 février, l'examen microscopique du sang revéla des normoblastes et mégaloblastes monucléaires, qui ne disparurent que le 27 février.

La température s'est abaissée le 2 février à 36 degrés pour re-

monter le soir jusqu'à 38°5 ; le pouls atteignit le 4 février la fréquence de 130 par minute.

Une jonction linéaire des symptômes les plus défavorables sur le tableau nous montre les jours du 2 au 4 février comme les plus graves. Cependant, l'application énergique d'agents thermiques et de grandes doses d'opium arrivent à changer la situation, et le 16 février la malade est en pleine convalescence.

La grossesse va se développant sans aucune altération.

Il s'agit dans ce cas certainement d'une vraie hyperémèse de grossesse ; heureusement les réactions biochimiques laissaient vite entrevoir les symptômes de l'inanition et on arrivait à couper les reflets à temps.

Quant au résultat même, il affirme la prétention que l'application locale des agents thermiques est capable de dissiper le trouble trophique local (anémie du périmétrium) par l'hyperémie provoquée dans le bassin ; en effet, les reflets (vomissements) s'adoucissent, les conséquences (inanition) vont ralentir leur marche et finalement ils disparaissent.

Le traitement n'a nullement altéré l'évolution de la grossesse.

Conclusions.

1. L'hyperémèse strictement due à la grossesse est de la dernière rareté.

2. Certaines affections (hystérie, gastrite, tuberculose du péritoine, méningite, etc.) peuvent, sous l'influence de la grossesse, provoquer dans la suite des vomissements très récalcitrants (et même incoercibles) ; cette hyperémèse n'a aucun rapport avec l'hyperémèse de grossesse.

3. Après l'exclusion de toutes les affections suivies de vomissements et en face de certains symptômes *locaux* (du côté du perimetrium) on peut penser à une hyperémèse de grossesse, si des vomissements tenaces viennent troubler le cours d'une gravidité.

4. A côté de ces symptômes cliniques, il est bon de retenir comme signe d'une hyperémèse de grossesse :

a) L'abaissement rapide du poids, la diminution de la quantité et des chlorures de l'urine et des cellules rouges du sang ;

b) L'augmentation du poids spécifique de l'urine et du sang, celle de l'alcalescence du sang et de la fréquence du pouls (100-110) ;

c) L'apparition d'albumine et d'éléments rénaux dans l'urine

néphrite par inanition) et de normoblastes et mégaloblastes mononucléaires dans le sang ;

d) L'abaissement rapide de la température matinale avec augmentation de celle du soir à un degré sous-fébrile ou fiévreux.

5. Les symptômes sont d'une part attribuables à une affection locale du péritoine (périmétrite légère ?) *cause* de l'hyperémèse de la grossesse, d'autre part à l'inanition consécutive.

6. La gravité de la maladie est marquée par les symptômes de l'inanition (examens biochmiques).

7. La thérapie de choix doit être l'élimination des symptomes locaux (de l'affection péritonéale) par application locale d'agents thermiques (glace ou compresses chaudes sur le ventre, douches vaginales) et prescription de grandes doses d'opium (8-10 ctgr. pro die).

8. Les doses d'opium ralentissent la marche de l'inanition ; jointes à un régime diététique, elles sont de bon effet sur les signes consécutifs, voire l'inanition.

9. Si, en présence des symptômes sous 4 (a, b, c, d), la thérapeutique mentionnée sous 7 et 8 n'arrive pas à améliorer l'état en 12-24 heures, on a recours à l'avortement artificiel.

10. Cette opération s'effectue d'après mes prescriptions d'une manière simple, rapide, aseptique et indolore.

Cette communication est l'extrait de mes ouvrages suivants : 1. Une nouvelle méthode pour la dilatation du col utérin. 2. Nouveau procédé non sanglant de l'avortement artificiel. 3. Examens biochimiques dans l'hyperémèse de grossesse. 4. Traitement causal de l'hyperémèse des gravides. 5. Nouveau traitement de quelques maladies des femmes.

(*Traduction du docteur J. F.* Horn, *de Budapest*.

GYNÉCOLOGIE

LA MATURITÉ PHYSIQUE DE LA FEMME

Au moment où les Parlements s'occupent, dans presque toutes les nations d'Europe, de protéger les femmes, il est intéressant de rechercher à quelle époque la femme arrive à sa maturité physique. Cet important sujet a donné lieu à des recherches, parmi lesquelles celles du Dr Charles Roberts, de Londres, doivent être citées.

Les filles et les garçons, les hommes et les femmes étant de plus en plus mélangés les uns avec les autres pour des travaux divers et étant par conséquent en contact plus étendu que jadis, on doit souhaiter que des mesures soient prises pour protéger les jeunes et les innocents contre la dépravation de ceux avec lesquels ils se trouvent ; mais il est également important que de telles mesures soient étudiées. Les médecins connaissent mieux que d'autres l'instabilité d'esprit des jeunes femmes ; ils savent aussi avec quelle facilité leur conscience peut changer sous l'influence des circonstances malheureuses; aussi est-il préférable, en somme, de les instituer plutôt que l'Etat gardiennes de leur pureté. Il est très remarquable qu'à une époque où les lois touchant la rupture des promesses de mariage tombent en discrédit en raison des résultats mauvais qu'elles entraînent, on veuille en faire une autre qui fera peser ces anomalies sur la classe inférieure et de beaucoup la plus nombreuse de la société, et que l'on regarde des jeunes filles ayant plus de 15 ans comme ignorantes et incapables de juger de leurs relations avec l'autre sexe. Cette question doit cependant être discutée au point de vue plutôt scientifique que moral, et c'est sur ce point que je désire attirer l'attention dans ce travail.

Jusqu'à ces derniers temps, rien de positif n'existait au sujet de la période à laquelle doit s'établir la maturité physique de la femme, et c'est seulement depuis que des statistiques ont été dressées par le professeur Bowditch en Amérique, par moi-même et le comité anthropométrique de l'Association Britannique qu'une date a pu être établie à cet égard. Nous sommes redevable au Dr Bowditch d'avoir indiqué un fait de la plus haute importance, savoir que, tandis qu'avant l'âge de 10 ans, le développement des filles et des garçons se fait également, les filles étant depuis la naissance plus petites, après la 10e année elles dépassent les garçons en stature et en poids, et cela jusqu'à l'âge de 15 ans et tant que leur degré de croissance n'a pas diminué, jusqu'à son arrêt trois ou quatre ans plus tard. D'un autre côté, leur plus grand degré de croissance se rencontre chez les garçons quand il cesse chez les filles et augmente pendant 4 à 5 ans et plus longtemps avant de cesser complètement. L'évidence de l'atteinte plus hâtive de la maturité chez les filles que chez les garçons se rencontre dans toutes les catégories, parmi les idiots, parmi les enfants soumis aux conditions les plus favorables comme les plus défavorables ; la seule différence, et elle est importante, est que les enfants élevés dans des conditions favorables atteignent leur maturité un peu plus tôt. Si l'on compare les courbes de croissance des deux sexes en la plaçant l'une au-dessus de l'autre pour éliminer la différence entre la taille de chaque sexe, on

voit que les âges ne correspondent pas exactement, et cela peut être accepté comme représentant approximativement la maturité relative des deux sexes.

AGE DES GARÇONS :		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
AGE DES FILLES :	0	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Alors, autant que le développement du corps détermine la maturité, une jeune fille de 12 ans (le plus jeune âge indiqué dans le bill) égale un garçon de 15 ans 1/2 ; une fille de 15 ans (âge figurant sur le bill comme celui à partir duquel une fille peut se protéger elle-même) est l'équivalente d'un garçon de presque 19 ans ; une femme de 18 ans (âge auquel d'après le

AGE.	ITALIE			Amérique	Angleterre	
	Paysannes	Ouvrières	Classe aisée	Ouvrières	(?)	
De 10 à 11.....	1	1	1	1		
De 11 à 12.....	2	5	4	5		
De 12 à 13.....	8	13	14	9		56 %
De 13 à 14.....	14	21	27	18		
De 14 à 15.....	27	18	20	25		
De 15 à 16.....	19	14	15	20		
De 16 à 17.....	17	13	8	14		
De 17 à 18.....	10	7	5	3		44 %
De 18 à 19.....	8	5	3	3		
De 19 à 20.....	2	1	2	1		
20 et au-dessus..	2	2	1	1		
	100	100	109	100		
Age moyen	15.5	14.8	14.5	14.8	14.25	

nouveau bill elle ne peut pas être enlevée) égale un homme de 22 ans et atteint la plus haute stature quelle puisse espérer. En considérant le poids, la supériorité des filles sur les garçons est un peu plus accusée et elle est ordinairement en rapport avec l'accroissement du corps précédant ou accompagnant la puberté. Ces modifications physiques de l'organisme chez les jeunes filles sont en parallèle avec la modification égale et rapide survenant dans l'esprit et les habitudes sociales, modifications indiquant une maturité plus grande des jeunes filles au moment de leur vie réelle, que chez les garçons d'âge correspondant.

Si nous examinons les fonctions qui caractérisent la maturité de la femme, nous trouvons que 78 fois sur 100, elle est

parfaitement développée à l'âge de 10 ans. Là, comme c'est ordinairement le cas quand il s'agit des statistiques médicales, on est souvent trompé par de simples moyennes. Les observations les plus récentes de ce genre ont été publiées par le Dr Wiltshire. Je tiens de lui que sur 500 cas environ, chez les uns, c'était à 9 ans, dans un plus grand nombre des autres à 10 ans et un plus considérable à 11, 12 et 13 ans, l'âge moyen étant 14 ans et 9 mois. Il faut ici protester contre l'abus des moyennes, sauf pour la comparaison d'une suite d'observations avec une autre. Quand on dit que l'âge moyen pour l'établissement des fonctions menstruelles est 14 ans et 9 mois, on donne l'idée que beaucoup de jeunes filles arrivent à la puberté à cet âge, tandis qu'en réalité seulement 19 ou 29 sur 100 sont menstruées à cet âge ; les 80 autres se répartissent dans les cinq ou six années précédant ou suivant d'une manière définie, leur distribution étant soumise à ce que les statisticiens connaissent sous ce nom de « loi de l'erreur ». En l'absence d'observations anglaises détaillées, nous devons accepter celles de Chadwick, de Boston, dont les moyennes concordent avec celles de Wiltshine, et dans le but de montrer l'influence des conditions extérieures sur le développement dans les fonctions, j'ai pris quelques statistiques italiennes (*Annali di Stat.*, 1879). La statistique américaine comprenant 575 cas a été établie dans les hôpitaux et les dispensaires de Boston et concerne les classes ouvrières des villes ; la statistique italienne comprenant 2.700 cas embrasse les paysans, les ouvriers et les classes aisées. Afin de pouvoir faire une comparaison, j'ai réduit ces données à la valeur de tant p. 100 avec les résultats résumés dans une table annexée à ce travail. Cette table montre que les paysans en Italie, qui probablement en somme se trouvent dans les meilleures conditions d'existence de l'Europe, la période moyenne à laquelle s'établit la menstruation est de 15 ans 1/2, tandis que dans les classes aisées elle s'établit plus tôt d'une année. La classe ouvrière des villes en Italie et en Amérique et la classe dans laquelle le Dr Wiltshine a pris ses observations en Angleterre donnent les mêmes résultats, c'est-à-dire 14 ans et 9 mois. Le principal trait de cette table est la lumière qu'elle jette sur la législation proposée pour la protection des jeunes filles au-dessus de 15 ans. A cet âge, représenté par une ligne pointée, nous trouvons pour l'ensemble que 56 p. 100 atteignent la puberté, tandis que 58 p. 100 dans la classe ouvrière et 66 p. 100 dans les classes aisées y arrivent au même âge. Il est très probable, toutefois, que l'établissement de la fonction menstruelle après l'âge de 15 ans est due à la présence de maladies débilitantes, le signe particulier de cette fonction étant d'être retardée, plutôt qu'avancée par l'état morbide, tandis que son

apparition précoce est généralement accompagnée d'un fort développement physique du corps. Il m'est impossible de formuler une opinion sur ce fait, à savoir si les jeunes filles des classes inférieures que vise particulièrement la loi et qui ont atteint l'âge et les conditions de puberté sont ou non capables d'apprécier les relations avec le sexe opposé ou à quel âge une telle circonspection apparaît. Mais, raisonnant d'après les faits physiologiques, les jeunes filles qui ont atteint la maturité physique des garçons de 17 à 19 ans et la maturité fonctionnelle de la femme seront difficiles à surveiller, et des juridictions désagréables ainsi que des peines injustes peuvent être le résultat de l'adoption du bill dans sa forme présente. C'est au Parlement de décider et mon but était simplement d'envisager ce côté physiologique du sujet et ses conditions médico-légales possibles.

LE PINCEMENT DES ARTÈRES UTÉRINES DANS LES FIBROMES.

GOULLIOUD (de Lyon) et GOTTSCHALK (de Berlin).

Quand le développement des fibromes ou les troubles qu'ils occasionnent nécessitent une intervention, l'hystérectomie est en général la méthode de choix. Il y a lieu cependant de faire une large place à des opérations moins radicales, telles que la myomectomie par énucléation abdominale ou vaginale, la castration, la ligature ou le pincement des artères utérines. La castration reste une excellente opération dans les cas de fibromes moyens, ménorrhagiques chez les femmes exsangues. Quant au pincement des artères utérines, dont nous voulons spécialement parler, nous l'avons employé avec succès dans quelques cas favorables et choisis, dès 1894. Ces cas étaient représentés par des femmes de 40 à 50 ans, présentant un fibrome à développement, pelvien ou tout au moins n'atteignant pas l'ombilic et s'accompagnant d'hémorragies. Les résultats ont concordé avec ceux signalés par les promoteurs de la méthode des ligatures, Gottschalk, Franklin, H. Martin, Hartmann, Mangin, etc. Nous avons toujours observé un arrêt complet des hémorrhagies, une régression de la tumeur ; celle-ci est facilement appréciée et indubitablement prouvée par la diminution du cathétérisme utérin. Ainsi, dans mon premier cas, datant de 1895, le cathétérisme était de 11 centimètres, deux ans après il ne mesurait plus que de 6 cent. 1/2. Le résultat s'est maintenu depuis six ans, malgré la persistance des règles. Dans la seconde observation, le cathétérisme des règles. Dans la seconde observation, le cathétérisme tombe aussi de 8 centimètres à 6 cent. 1/4, deux ans après l'opération. Dans une troisième observation, le cathétérisme de 11 cent. 1/2 n'est plus que 7 cent. 1/4, deux ans après. Rien ne peut établir d'une façon plus certaine l'efficacité du

pincement ou de la ligature des artères utérines. Quant au procédé opératoire, il représente à peu près le premier temps d'une hystérectomie vaginale ; c'est la même incision circulaire avec prolongements dans les culs-de-sac latéraux ; le doigt décolle la vessie en avant, le rectum et le péritoine en arrière sur les côtés de l'utérus, afin de bien isoler la gaine hypogastrique. Celle-ci dégagée, la lame vasculaire est saisie dans les mors d'une pince longuette droite, longs de 5 centimètres et enfoncés de 5 à 6 centimètres, de façon à dépasser sûrement le niveau de l'artère utérine. Les pinces sont laissées en place 24 ou 48 heures. Nous n'avons d'ailleurs aucune prétention d'attacher une valeur spéciale au pincement, à le croire supérieur à la ligature ; il est plus facile et il agit aussi efficacement. Nous avons essayé dans un cas de fibrome remontant à l'ombilic, la ligature des deux artères hypogastriques ; les hémorragies se sont arrêtées, mais nous avons eu la surprise de ne voir survenir aucune modification de la tumeur, aucune diminution du cathétérisme. Cette opération s'est donc montrée inférieure, dans ce cas, à la castration ou à la ligature des artères utérines. Le pincement des utérines est une précieuse ressource dans les métrites hémorragiques rebelles, en cas d'insuccès du curetage.

Voici le résumé du travail de Gottschalk sur le même sujet :

La ligature vaginale des artères utérines dans ses différentes branches, près du bord de l'utérus, tout près du point de division, est une opération tout à fait exempte de dangers. Il est préférable de lier par trois ou quatre étages, après le décollement de la vessie, du col et des ligaments larges de chaque côté, le ligamentum cardinale (pédicule vasculaire) et la base du ligament large avec de la soie forte et l'aiguille de Deschamps. Cette opération sera bien supportée aussi par des femmes tout à fait exsangues et épuisées, qui succomberaient sûrement à une intervention radicale.

2) Après cette opération, l'utérus et ses tumeurs ne peuvent plus recevoir du sang artériel que de l'artère spermatique interne et par l'intermédiaire de l'artère du ligament rond des ramifications terminales de l'artère épigastrique. (Eventuellement, il sera facile d'éliminer en même temps les anastomoses des ligaments ronds en les liant en masse dans la région inguinale.)

3) La nutrition de l'utérus reste assurée après l'opération.

4) La ligature vaginale des artères utérines peut, dans des cas convenablement choisis, maîtriser définitivement mieux qu'aucune autre méthode palliative les hémorragies causées par les myomes, et elle est capable de réduire les tumeurs à des noyaux, à des restes si minimes, qu'ils ne sont plus constatables à l'exploration clinique.

5) Mais il faut choisir les cas bien justiciables de la méthode.

6) Voilà les données générales :

a) *Le siège des myomes.* — Les myomes, qui sont les plus justiciables de la méthode, sont essentiellement les myomes interstitiels développés dans la portion inférieure et moyenne de la matrice, moins ceux qui sont situés au niveau du fond de l'utérus et pas du tout les tumeurs intraligamentaires.

b) *L'âge des malades.* — Plus la femme, atteinte de tumeur myomateuse, est rapprochée de la ménopause, d'autant plus grandes sont les chances d'un succès radical par la méthode de la ligature.

c) *La grosseur des tumeurs.* — La méthode est surtout applicable dans les utérus myomateux, qui ne dépassent pas notablement le volume d'une tête de femme.

d) *L'anamnèse.* — Si des accidents pelvo péritonites ont précédé, il est vraisemblable que les tumeurs contractent des adhérences avec les organes voisins, particulièrement avec l'épiploon, et qu'elles en retirent de nouveaux vaisseaux artériels qui mettent en question le succès.

5° Avant l'abrasion de la muqueuse de l'utérus, qui est régulièrement le premier acte de la ligature, il faut dilater l'utérus à la laminaire dans tous les cas où il y avait lieu de soupçonner un myome sous-muqueux, par la raison qu'il est mieux d'extirper radicalement les myomes situés dans la cavité utérine.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE POST-PUERPÉRALE

Richard Richardson emploie avec succès l'alun de fer en cristaux de la grosseur d'une noisette qu'il introduit avec le doigt jusqu'au-dessus de l'orifice interne et qu'il maintient dans cette position. Sous l'influence de ce corps, l'utérus se contracte tout d'un coup, il se forme un caillot solide et l'hémorrhagie cesse. Outre son action hémostatique, l'alun de fer jouit de propriétés antiseptiques, à ce point que l'auteur a retiré des caillots au bout de quatre à cinq jours, sans que ceux-ci aient manifesté la moindre décomposition.

Avant d'introduire les cristaux d'alun de fer, il faut tout d'abord enlever de l'utérus les caillots ou les portions de placenta qu'il peut contenir.

Si l'on examine comparativement les différents moyens hémostatiques employés d'habitude, tels, que : tampon, compression, friction, galvanisme ou électricité, glace, injection d'eau chaude ou froide, application d'eau froide à la vulve, douche froide sur l'abdomen, compression de l'aorte, injection de perchlorure de fer, on voit que certains demandent un appareil spécial que l'on ne

trouve pas toujours sous la main, et qu'en outre ils demandent un certain temps pour leur préparation et leur emploi. De plus, il est toujours dangereux d'injecter un liquide styptique au niveau des orifices béants des vaisseaux utérins ; de même des applications froides peuvent être dangereuses, le corps étant toujours trop froid.

L'alun de fer, au contraire, ne demande pas d'appareil spécial et on l'a sous la main tout prêt à être employé : il provoquera la contraction immédiate de l'utérus, ce qui est le but et l'objet principal du traitement. Il n'est pas toujours nécessaire de l'introduire dans l'utérus, on peut se borner à le faire pénétrer dans le vagin jusqu'à l'orifice du col et le laisser en place.

L'auteur a constaté que les cristaux faits avec l'ammoniaque étaient préférables à ceux préparés avec la potasse.

Le mode d'application est très simple : il suffit d'attacher les cristaux dans un morceau de mousseline ; on laisse pendre l'extrémité des fils en dehors, afin d'avoir toute facilité pour les retirer le lendemain. Il sera bon de ne pas faire d'exploration digitale aussitôt après l'application des cristaux, car la contraction des tissus causerait inévitablement une grande douleur à la patiente. Il sera préférable d'attendre un ou deux jours et de ne procéder au toucher qu'après avoir fait une injection d'eau chaude destinée à enlever les caillots.

L'alun de fer peut s'employer également et avec autant de succès dans d'autres cas. L'auteur l'a appliqué dans quatre cas de cancer utérin où l'hémorrhagie était abondante et a obtenu un arrêt immédiat du sang. De plus, son action antiseptique a été très appréciée des malades.

La leucorrhée est également combattue avantageusement avec cet agent.

TRAITEMENT DES CONVULSIONS PUERPÉRALES PAR LA DIAPHORÈSE.

Le Dr Carl Breus a adopté une méthode qui consiste à placer d'abord la patiente dans un bain chaud à 38°, dont on élève la température autant que cela peut se faire sans inconvénient. Après ce bain, qui doit durer une demi-heure, on enveloppe la malade dans un drap, par-dessus lequel on enroule plusieurs couvertures épaisses et on laisse la patiente empaquetée ainsi pendant deux à trois heures. Pendant le bain, une sueur profuse couvre habituellement les parties en dehors de l'eau, c'est-à-dire la tête et la face, et lorsque la malade est bien entortillée de couvertures, une sudation abondante se fait sur tout le corps, et si la soif se fait sentir on peut donner un peu d'eau de Seltz ou de limonade. Après cette séance, survient un sommeil de quelques heures suivi d'un bien-être très sensible. L'auteur rapporte six cas traités de cette ma-

nière. Dans le premier, l'éclampsie se manifesta au neuvième mois de la grossesse, les attaques cessèrent au bout de dix jours, et la mère accoucha d'un enfant vivant quatre semaines après. Dans le second cas, les convulsions apparurent au sixième mois et cessèrent au bout de onze jours ; la patiente accoucha d'un enfant vivant, six semaines après. L'auteur a constaté que ce traitement diminuait l'hydropisie et l'albuminurie. Il ne le considère pas comme le traitement unique de l'éclampsie, mais simplement comme un moyen utile qui peut être combiné avec d'autres.

LES ANTITHERMIQUES CHEZ LES ENFANTS

(Baginski)

Il ne faut employer les antipyrétiques qu'en cas de fièvre de longue durée ; une fièvre cyclique ne peut guère nuire à l'organisme. Il en résulte que la connaissance de la marche de la fièvre est indispensable au point de vue du traitement.

On ne songera pas à abattre la fièvre chez les malades qui présentent des symptômes généraux graves de nature spéciale. Il ne sert de rien d'administrer les antipyrétiques dans la scarlatine grave s'accompagnant de phénomène d'adynamie, de collapsus, de vomissements, de diarrhée. Il en est de même lorsque la fièvre présente une grande résistance ; dans ce cas, on s'expose à faire le plus grand tort au malade sans influencer la température.

D'une façon générale, on peut dire que tous les médicaments antipyrétiques, administrés par voie interne, sont plus ou moins nuisibles : ils agissent sur le muscle cardiaque et sur la circulation, et peut-être est-ce uniquement de cette façon qu'ils abaissent la fièvre. Aussi, l'auteur est-il d'avis de commencer par des pratiques plus simples : l'eau froide qui, en général, est sans danger. Il est cependant des cas où l'eau froide, employée sans discernement, peut amener des phénomènes de collapsus.

Baginsky est grand partisan de l'emploi local du froid. Dans la pneumonie, les compresses glacées font disparaître le point de côté, calment le système nerveux et ont même une action éloignée des plus favorables.

Les enveloppements froids à 18 ou 20° peuvent abaisser la température de 1/2 à 1 1/2 degré, en même temps qu'ils calment les symptômes nerveux. Ces enveloppements durent une dizaine de minutes ; ils sont excellents pour régulariser la circulation et font disparaître la cyanose des extrémités.

Quant aux remèdes internes, l'auteur recommande chaleureusement la lactophénine, surtout dans les affections rhumatismales. Jamais elle ne produit de collapsus, ni d'autres effets nuisibles.

Le salicylate de soude doit être surtout réservé au rhumatisme

articulaire, à la péricardite et à la pleurésie ; il y a plus à compter sur son action antitoxique que sur son action antipyrétique. Les enfants de 3 à 5 ans en supportent facilement 2 grammes par jour ; il faut avoir soin de l'administrer toujours à dose réfractée.

L'antipyrine abaisse bien la température et convient surtout quand il existe en même temps des manifestations du côté du système nerveux. En dessous de 2 ans, 20 à 30 centigr. 2 à 3 fois par jour. La température s'abaisse après 2 ou 3 heures et, au bout de 12 heures, cet abaissement peut atteindre 1 1/2 degré.

La chinine, chez les enfants au-dessous de 2 ans, se prescrit à la dose de 1 gramme par jour en 3 ou 4 fois.

La salipyrine, moins active que les substances précédentes, se prescrira de préférence dans l'influenza dont elle semble diminuer la gravité. Le salophène se montre utile dans les affections rhumatismales.

DE LA NUTRITION EXTRA-BUCCALE.

Dr W. de Leube.

La nutrition extra-buccale peut être faite par le rectum et le derme.

I. — *La nutrition par le rectum.* 1° *Les albumines* les mieux appropriés sont *les préparations-peptone* (60 grammes sur 300 de liquide = lait, ensuite les *œufs crus* : 3 œufs + 3 grammes de sel de cuisine).

Employant ces substances comme ingrédients de lavements, il ne se produisit jamais dans l'urine des albumines ou des albumineux.

Par contre, si on en faisait un emploi prolongé, il se produirait alors de la proctitis, c'est pourquoi les lavements détersifs doivent toujours précéder les injections.

2° Des hydrates de carbone :

Il est à recommander, le sucre 15-20 grammes sur 300 grammes de liquide.

L'Amylum est encore plus avantageux, parce que la plus grande partie se transforme dans le rectum *graduellement* en sucre, et irrite moins l'intestin ; comme dose on doit prescrire 50-100 grammes d'eau ou de lait.

3° *Le gras* est impropre comme ingrédient des lavements alimentaires, parce qu'il n'est résorbé qu'en parties très minimes.

Les lavements Pancréas, composés de gras (40) de viande (60) et des masses de pancréas, se recommandent au même degré que ceux mentionnés plus haut.

Pour les lavements alimentaires, surtout comme menstruum, on emploie avantageusement 300 grammes de lait avec une valeur alimentaire de 150 calories.

Avec chacune de ces compositions de lavements on introduit dans le corps à peu près 300-450 calories.

Dans tous les cas on peut administrer deux fois par jour ces lavements alimentaires.

II. — *Nutrition sous-cutanée.* — 1° D'après les expériences faites jusqu'aujourd'hui, les *peptones* et les *albumineux* sont impropres comme éléments d'injections sous-cutanées ; de mêmes les autres albumines.

2° *Quant aux hydrates carboniques*, le sucre, comme ingrédient d'injections alimentaires sous-cutanées, n'est pas recommandable, parce que, en faibles solutions, il représente trop peu de valeur alimentaire, tandis qu'en solutions plus fortes il irrite immanquablement le derme, produisant des douleurs et de la fièvre.

La dextrine, de même, est aussi peu propre, parce qu'elle est expulsée avec l'urine, et cela incombustée. On peut plutôt s'attendre à quelques succès par les solutions de Glycogues.

3° *Le gras* s'approprie admirablement aux injections sous-cutanées : 50-100 grammes. Injecté lentement, il produit, et c'est encore douteux, une tension du derme, mais dans tous les cas très faible ; ensuite il est très bien résorbé.

III. — *Une combinaison de lavements alimentaires et des infusions de gras sous-cutanées peut introduire dans le corps la quantité de calories nécessaires pour la conservation de son élément de masse.* — Deux lavements à 550 calories = 1.100 calories ; une infusion de gras = à peu près 930 calories ; donc, en tout, pour le moins 2,000 calories.

Dans un cas urgent, la quantité de gras injecté pourrait être augmentée de 100 et plus.

Espérons pour ceux dont la nutrition naturelle est impossible, que par les combinaisons des lavements alimentaires et les injections de gras sous-cutanées, la nutrition complète sera obtenue pour protéger l'organisme de la mort par inanition, c'est-à-dire que le but de la nutrition artificielle ne sera plus considéré comme mpossible.

PÉDIATRIE

QUELLES SONT LES FRACTURES QUI PEUVENT ÊTRE TRAITÉES SANS APPAREIL INAMOVIBLE PAR LE MASSAGE ET LA MOBILISATION. RÉSULTATS DE CE TRAITEMENT.

Dr Lucas-Championnière.

Le traitement des fractures par le massage et la mobilisation, c'est l'application *précoce* du mouvement au membre traumatisé. Il ne faut pas le confondre avec l'emploi *secondaire* du massage

pour faire disparaître l'enraidissement des membres, traitement ancien, ni avec un massage banal dont la violence déterminerait des douleurs et même des accidents.

Pour empêcher cette confusion aux dépens de la méthode on pourrait caractériser celle-ci par un mot, le *gluco-kinésis*.

Ce traitement consiste dans l'application du mouvement méthodique dès l'*époque la plus rapprochée* de l'accident qui a amené la fracture.

Ce mouvement doit être *méthodique* et *dosé*. Le massage très doux et très progressif jusqu'au voisinage du foyer de fracture, sans action directe sur celui-ci, est un moyen de l'application de ce mouvement qui peut cependant, en certaines circonstances, être appliqué sans massage.

Cette méthode s'appuie sur des principes nouveaux. *L'immobilisation absolue est moins favorable à la réparation de l'os qu'une certaine dose de mouvements*. Cette dose de mouvements est, à plus forte raison, favorable à la réparation des parties molles.

J'ai commencé par supprimer l'immobilisation dans le traitement de bon nombre de fractures (Société de Chirurgie, 1879 et 1880).

Puis j'ai appliqué la méthode avec et sans massage à toutes les variétés de fractures, en commençant par les fractures articulaires. Si le massage et la mobilisation sont appliqués dès le début, la *réparation* osseuse est plus rapide et plus solide.

La *douleur* disparaît très promptement, et cette disparition est le criterium d'un bon massage et d'une bonne mobilisation. La persistance de la douleur indique que la méthode n'est pas appliquée.

La *contracture* disparaît rapidement, et cette disparition joue un rôle capital dans la disparition de certaines déformations (olécrane, clavicule, épaule, etc.). Aucun traitement n'a pu lutter contre la contracture comme celui-ci.

La *résorption* du sang et des liquides épanchés est bien plus rapide que pour les membres immobilisés.

La *vitalité* de la peau est conservée.

Les *réflexes nutritifs* assurent la conservation et la réparation des muscles et des nerfs sans atrophie.

La *souplesse* des membres est conservée et, le traitement terminé, le sujet n'a plus besoin d'un traitement secondaire comme après l'application.

Une des raisons qui peuvent encourager à supprimer les appareils, c'est la constatation faite que ceux-ci n'empêchent pas d'importantes déformations qui ne gênent pas pour la fonction. La radiographie est venue confirmer cette notion et montre qu'en dehors des déviations d'axe il existe des déformations plus marquées qu'on ne le croyait et compatibles avec une bonne fonction.

Sur les animaux, des faits confirmatifs de ceux de la pathologie humaine ont été observés.

Il ne faut pas confondre la méthode avec l'abandon pur et simple des appareils et le retour à la fonction. Ce traitement est plus difficile à appliquer que le traitement banal par les appareils inamovibles, mais il donne des résultats qu'on ne saurait comparer.

Certaines variétés de fractures peuvent *être toujours mobilisées et massées avec suppression de tout appareil* d'immobilisation proprement dit, par exemple :

Toutes les fractures de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure.

A la partie supérieure jusqu'à l'insertion du deltoïde.

A la partie inférieure, à quatre travers de doigts de l'article.

Coude. Toutes les fractures et surtout les fracture de l'olécrane (je n'ai pas eu l'occasion de suturer une seule fracture de l'olécrane).

Toutes les fractures du radius au poignet qui ne comportent pas un transport considérable de la main en arrière.

Toutes les fractures de la clavicule à peu près.

Toutes les fractures du péroné à la partie inférieure sans menace de déviation de l'axe du pied.

Toutes les fractures bimalléollaires sans tendance à la déviation latérale ou postérieure.

Au genou, les fractures du fémur sans déplacement et les fractures du plateau du tibia.

Toutes les fractures de l'omoplate.

Certaines fractures peuvent être encore traitées sans appareils, mais *exceptionnellement.*

Fractures de l'humérus à la partie moyenne sans déplacement, fractures des deux os de la jambe sans déplacement, certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

En dehors de ces cas, on peut encore, en combinant des appareils et le massage et la mobilisation immédiate, obtenir des résultats. Mais ils sont moins frappants et moins complets que les cas précédents qui comportent la suppression des appareils proprements dits, remplacés par des moyens de protection sans contention vraie.

Dans un certain nombre de cas, la *mobilisation* peut être faite *sans massage.* C'est la pratique qu'il faut suivre chez les jeunes enfants qui auraient tendance à faire du cal exubérant, et chez certains vieillards dont les veines sont douteuses.

Chez les enfants, la mobilisation simple pour le poignet, pour l'épaule, pour le coude, donnera les résultats les plus satisfaisants.

VARIÉTÉS

LE MÉDECIN DEVENU SAGE-FEMME.

Les préoccupations des affaires de l'Etat ne sont rien, disait un député de la dernière session, à son voisin de la Chambre, si on les compare à celles que nous avons à subir dans nos ménages. Ma fille vient de me faire grand-père. Grâce à notre honoré collègue, le docteur Z..., tout s'est bien passé ; la mère et l'enfant se portent bien.

Ce député a une fille mariée à Paris, élevée dans un couvent dont les mœurs sont très sévères. Elle y prit des idées d'une pruderie si exagérée, qu'elle avait signifié à sa mère que, ne voulant pas être vue toute nue par un homme, elle refusait d'être accouchée par un médecin ; dût-elle en mourir, elle désirait une sage-femme.

Le docteur Z... ayant eu bien des fois à se plaindre de l'incurie des sages-femmes, et portant un sincère intérêt à cette famille, crut bieu faire d'employer un stratagème pour que la vie de la jeune femme ne fût pas compromise. Il réussit.

Un jeune médecin très instruit, qui avait été longtemps son élève, a l'habitude lorsque l'hiver il est invité à un bal masqué ou lorsqu'il va à celui de l'Opéra, de se déguiser en femme. La métamorphose est si complète qu'il est toute la soirée entouré par des gommeux, qui le prennent pour une dame du meilleur monde. Notre jeune confrère fut donc chargé de faire l'accouchement sous le costume de femme. La délivrance eut lieu la nuit et tout se passa fort bien, grâce à une application de forceps faite très habilement.

Avant de quitter la jeune mère, notre Esculape en jupons crut devoir lui donner quelques conseils. « Vous garderez le lit pendant vingt jours. Vous avez une très belle constitution, votre gorge est bien mamelonnée ; elle sera riche en lait ; donnez à téter toutes les 2 heures, peu à la fois. Lorsque votre enfant sera assez grand, évitez qu'on le force à marcher ; mettez-le dans la chambre par terre sur un tapis, les jambes ne s'arqueront pas, comme on ne le voit que trop souvent, etc., etc. Demain je quitte Paris pour aller faire une couche dans un château et ne pourrai vous revoir d'ici quelque temps. Avec de la sagesse et de la prudence, dans un mois vous pourrez vous promener au bois de Boulogne. S'il survenait quelque chose que je ne prévois pas, il y a à deux pas d'ici madame Joséphine, que je connais ; faites-la appeler. »

Notre jeune confrère allait partir lorsqu'il fut interpellé par la mère de l'accouchée, qui le fit entrer dans un petit boudoir dont elle ferma soigneusement la porte : « Madame, dit cette honorable belle-mère, vous m'inspirez de la confiance, j'ai un conseil à vous demander — et levant ses vêtements jusqu'au milieu du corps — j'ai là, sentez, une grosseur qui m'inquiète. — C'est, reprit l'homme

de l'art, un commencement de hernie ombilicale, placez là-dessus une ceinture ou un bandage et allez consulter M. Lucas-Championnière qui opère très bien et effectue la cure radicale des hernies. « Ce n'est pas tout, dit la belle-mère; depuis quelques années mon mari me néglige complètement et j'éprouve chaque mois, avant et après mes règles, des démangeaisons, puis il se produit un gonflement dans un certain endroit ; je ne puis résister au besoin de me gratter et j'éprouve des sensations aussi vives que lorsque mon mari m'approchait; je crains que cela nuise à ma santé. » — « Ne craignez rien, dit le docteur en jupons; cela ne passera avec le temps ; laissez faire la nature dont on ne peut toujours combattre les impérieuses lois. »

Mais les épreuves de la fausse sage-femme n'étaient pas finies. La mère, interpellant une grande et belle fille de dix-huit ans, qui venait d'entrer dans l'appartement, lui dit : « Approche et fais voir à madame cette petite grosseur que tu as dans certain endroit. » La jeune fille se refusa d'abord à cette inspection, mais elle dut céder à l'injonction qui lui fut adressée. Ce n'est qu'en rougissant qu'elle s'y soumit, car elle avait trouvé que les yeux de la sage-femme, en faisant l'examen, avaient pris une expression bizarre. Le jeune docteur constate alors l'existence d'une petite tumeur érectile, violacée, située sur le capuchon du clitoris, et qui donnait à ce petit organe un développement excessif. Un peu embarrassé, il dit à la maman : « Votre fille a un petite grosseur qu'on nomme une *envie* ; cela disparaîtra avec le mariage. » Lors la mère, continuant : « Et vous, Jeannette, approchez ; depuis un mois, vous ne pouvez plus frotter l'appartement, vous marchez difficilement : passez dans la pièce à côté, et dites à madame ce que vous ressentez. » L'inspection ne fut pas longue, la prétendue sage-femme s'exprima ainsi : « Vous avez un amant, qui vous a communiqué une maladie qu'il faut soigner au plus vite ; entrez dans le service de M. Z., médecin à l'hospice Saint-Louis, c'est la seule chose que vous ayez à faire. » Le jeune médecin rentra saluer les dames, très content de fuir une maison où l'on appréciait si bien ses talents. La mère de l'accouchée glissa dans la main de la sage-femme un billet de cinq cents francs pour prix de ses bons services.

Dr MINIME.

FORMULAIRE

Traitement de la constipation par des lavements d'huile. — C'est surtout dans la constipation atonique que ce mode de traitement réussit. Il donne aussi d'excellents résultats dans la constipation consécutive à la typhlite ou dans l'obstruction des matières causée par une cicatrice ou une tumeur.

Les selles liquides qui découlent des lavements d'huile ne sont pas dues uniquement au ramollissement subi par les fèces, mais aux réactions chimiques qui s'opèrent au contact des sucs digestifs, non encore décomposés. Les alcalis de la bile contenant du suc pancréatique s'unissent aux acides gras de l'huile,

pour former des savons et mettre en liberté de la glycérine et des acides gras. Ces substances nouvelles excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin.

La technique a une certaine importance. Il faut employer l'huile d'olive pure, que l'on peut remplacer par de l'huile de pavot d'un prix moins élevé. La quantité employée doit être de 500 grammes, que l'on peut réduire plus tard à 250 grammes ; elle doit être à la température du corps. L'irrigateur garni, le patient se met dans le décubitus dorsal, un coussin recouvert d'imperméable est placé sous son bassin afin d'établir une pression négative et aspirante dans les organes. Il enfonce la canule de 15 centimètres environ et fait fonctionner l'irrigateur assez lentement pour que l'opération dure 15 à 20 minutes.

La malade doit ensuite rester couchée une heure, alternativement sur le dos, sur le côté droit, sur le côté gauche. Généralement, trois ou quatre heures après survient une selle, sinon on la provoque par un petit lavement d'eau. On recommence tous les jours la même opération jusqu'à ce que les selles soient pâteuses et bilieuses. On fait de nouveau une pose de un ou plusieurs jours jusqu'à ce que les selles soient de nouveau plus sèches ou qu'elles ne soient plus quotidiennes.

Sur 34 cas de constipation habituelle, Berg a obervé 33 guérisons complètes ; dans un seul cas, le malade fut obligé de prendre tous les dix ou quinze jours un lavement d'huile.

Le pyrogallol contre l'eczéma des enfants. (Leistikow.)

Les éruptions eczémateuses humides chez les enfants étant souvent très rebelles, M. Leistikow emploie pour les traiter l'acide pyrogallique qui aurait contre elles une efficacité presque absolue. Notre confrère commence par appliquer sur les parties atteintes une pommade contenant de 0.5 à 1 % de pyrogallol, dont il augmente progressivement la proportion jusqu'à 2 % et même 3 % dans les cas graves.

L'acide pyrogallique employé de la sorte a toujours été bien supporté par les petits malades, même par les nourrissons, et n'a jamais provoqué de coloration foncée des urines, lesquelles, il va sans dire, doivent être surveillées attentivement. Lorsque, sous l'influence du médicament, on voit survenir des érythèmes cutanés, il suffit de faire des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc et à l'ichtyol pour revenir, au bout de quelques jours, à l'usage du pyrogallol. Les récidives de l'eczéma seraient rares après ce traitement et elles affecteraient le plus souvent la forme de placards maculo-squameux qui céderaient rapidement à de nouvelles applications d'acide pyrogallique. (*Sem. méd.*, 12 septembre 1900.)

Traitement de la gale chez l'enfant

(Perrin.)

Pour éviter l'action irritante du traitement ordinaire de la gale chez l'enfant, frictionner celui-ci, le soir, sur tout le corps, avec la préparation suivante :

Huile de camomille camphrée 100 gr.
Onguent de styrax liquide.... 20 —
Baume du Pérou..... 5 —

L'enfant conserve pendant la nuit le corps enduit de ce mélange ; le lendemain on fait un lavage savonneux à l'eau chaude et on poudre le corps avec de l'amidon, ou bien, si la peau est un peu enflammée, on fait appliquer de la pommade à l'oxyde de zinc pendant le jour. Dès la première nuit, le bénéfice de cette médication se fait sentir, l'enfant a moins de démangeaisons et, au bout de huit à dix jours, la guérison est obtenue. Pour ne pas être exposé à voir survenir des récidives, on doit faire une désinfection des vêtements qui ne peuvent se laver. (*Journ. de méd. de Paris*, 26 août 1900.)

Le danger des irrigations vaginales. — Teilhaber a eu l'occasion d'observer plusieurs fois des accidents consécutifs aux injections vaginales. C'est ainsi qu'il a vu à diverses reprises des douleurs abdominales violentes succéder à ces irrigations. Chez les personnes sensibles, l'emploi d'un liquide trop chaud ou trop froid peut déterminer des symptômes de chocs, des syncopes, des vomissements, des frissons. En cas d'irritation péritonéale, la distension du vagin pendant l'irrigation — surtout lorsque l'orifice vaginal est étroit et la pression du liquide élevée — amène parfois une aggravation de la péritonite. On a vu, quoique rarement, la pénétration du liquide dans les veines béantes. Enfin, il arrive que le col utérin étant ouvert, la canule de l'irrigateur pénètre dans l'utérus ; il se fait alors le plus souvent que le volume considérable de la canule empêche le reflux du li-

quide et il en résulte une dilatation de l'utérus par le liquide.

On a même vu le lquide pénétrer dans les tubes ovariens et de là dans la cavité péritonéale, dont l'infection est alors possible par entraînement des germes de l'utérus, bien qu'en pratique ces germes soient suffisamment dilués par le liquide. C'est l'ascension des germes gonococciques avec suppuration du péritoine qu'il faut surtout craindre.

Pour parer à ces dangers, l'auteur conseille de se servir toujours d'un irrigateur et jamais d'un clysopompe, de ne pas faire usage de fortes pressions et d'employer une canule vaginale de forme spéciale, munie sur les côtés d'une série de trous afin d'empêcher le liquide d'être projeté dans la direction du col utérin.

Le ballon intra-utérin pour accélérer le travail. — On n'emploie d'habitude le ballon intra-utérin que dans le traitement du placenta prævia ou pour provoquer l'accouchement. Cependant, d'après l'expérience de M. le Dr W. Rubeska, professeur à l'École des sages-femmes de Prague, l'application de cet appareil constitue encore un excellent moyen d'accélérer le travail. Il peut ainsi rendre des services contre certains accidents (hémorragies, crises éclamptiques, etc.) survenant au cours d'une fausse-couche ou d'un accouchement à terme ; mais c'est surtout en cas de rupture prématurée de la poche des eaux qu'il se montre utile.

Par suite de cette dernière complication — fréquente, comme on le sait chez les femmes à bassin rétréci —, la dilatation du col se trouve entravée et l'utérus, privé de son liquide amniotique, se contracte directement sur le fœtus qui peut alors succomber à l'asphyxie. En pareille occurence, il devient parfois nécessaire d'appliquer le forceps au détroit supérieur après incision du col, ou bien, si l'enfant est mort, de pratiquer la céphalotripsie. Or, le ballon intra-utérin, en assurant une dilatation rapide du col et en stimulant les contractions de l'utérus, fait office de poche des eaux et permet d'éviter ces interventions pénibles et dangereuses.

Sur les 36 cas de rupture prématurée des membranes dans lesquelles M. Rubeska a eu recours au ballon intra-utérin, 24 fois le travail s'est terminé spontanément, au bout de neuf heures en moyenne ; 12 fois seulement notre confrère dut intervenir, soit à cause d'un rétrécissement considérable du bassin, soit pour une présentation du tronc ou du siège.

Traitement chirurgical de la blennorrhagie utérine. — M. Hoche a exposé à la Société médicale de Nancy les résultats de l'étude historique faite avec M. Hantcheff sur 12 cas de ce genre.

Les indications opératoires découleraient nettement de la nature des lésions observées et que l'on peut résumer ainsi :

1° Lésions inflammatoires périglandulaires diffuses ou localisées très accusées ;

2° Lésions interstitielles diffuses ;

3° Et principalement, lésions inflammatoires diffuses ou en foyer au voisinage même des vaisseaux dans toute l'épaisseur de la muqueuse et même du parenchyme cervical.

Ces lésions sont très difficiles à guérir par les divers procédés médicaux et même par les procédés chirurgicaux tels que le curettage et le hersage ; et ce qui prouve cette dernière proposition, c'est que les cols examinés avaient subi ces opérations avant d'être enlevés.

Il y a surtout lieu de considérer la présence de foyers inflammatoires localisés au voisinage des vaisseaux et l'existence même de véritables abcès microscopiques. Quelques microsphotographies en montrent parfaitement l'existence. Ces abcès, qui se trouvent dans la gaine adventitielle des vaisseaux, peuvent se rompre à leur intérieur et devenir le point de départ d'une généralisation, d'une infection, que l'on rattachera suivant les cas à l'influence du gonocoque ou de microbes associés.

Pour éviter cette propagation et la possibilité de métastases septiques, l'ablation des foyers inflammatoires est donc à conseiller.

M. Th. Weiss fait remarquer que la métrite blennorrhagique, aussi fréquente dans la clientèle que dans les hôpitaux, relève presque exclusivement du traitement chirurgical, sauf tout au début, où les moyens médicaux peuvent être utilisés. En général on devra recourir soit au curettage, soit à l'opération de Schrœder.

Le curettage donne parfois des résultats encourageants quand on peut le faire suivre dans de bonnes conditions d'injections modificatrices de teinture d'iode. Néanmoins il est loin de toujours prévenir les récidives. Le traitement curatif par excellence

de la blennorrhagie utérine ancienne est l'amputation de Schrœder, exposant à l'ouverture des culs-de-sac, et qui, en conséquence, ne doit être entreprise que par un chirurgien expérimenté.

Injection hémostatique.

Gélatine.....	ãã 10 gr.
Chlorure de sodium....	
Eau.....	1.000 gr.

Stérilisez. — Injectez 50 centigrammes dans les masses musculaires de la cuisse, puis augmentez jusqu'à 150 centigrammes.

Gouttes antihémorrhoïdaires.

Teinture d'hydrastis.....	5	gram.
— de viburnum.....	5	—
— d'Hamamelis....	10	—
— de marron d'Inde	10	—

En prendre XV et XX gouttes avant les repas dans un peu d'eau sucrée.

Lavements contre l'éclampsie infantile.

Hydrate de chloral...	0,30 à 0,50	gr.
Camphre pulvérisé...	1	gr.
Jaune d'œuf.....	n° 1	gr.
Eau distillée.....	100	gr.

Traitement de la cystite chronique.

(Gabriel Colin.)

Traitement des cystites chroniques douloureuses, et en particulier des cystites tuberculeuses :

Injections intra-vésicales d'huile de gaïacol, d'huile de carbonate de gaïacol, simples ou iodoformées.

Solutions employées :

Gaïacol.....	1	gram.
Huile d'amandes douces stérilisée.....	20	—

On injecte une dose variable de 1 à 2 grammes, en une ou deux fois par jour.

(Picot.)

Solution de gaïacol iodoformé :

Gaïacol.....	5	gram.
Iodoforme.....	1	—
Huile d'olive stérilisée...	100	—

(Vernon.)

Posologie de l'opium chez les enfants.

La notion de la grande susceptibilité des enfants à l'égard des préparations opiacées est générale et bien des médecins d'enfants les bannissent de leur pratique.

C'est ce que fait le Dr Demetrio Galatti. Il fait remarquer que déjà Demme (de Zurich) donnait l'opium aux nourrissons à la dose de 1/2 milligramme d'extrait aqueux, soit 0,000375 d'opium pur ou 0,007 de poudre de Dower.

Voici les doses employées par Galatti :

Extrait aqueux d'opium.

A 2 semaines..	0,00025 à 0,001 en 6 doses.
A 1 mois.....	0,0.5
A 2 mois.....	0,005
A 3 mois.....	0,005
A 4 mois.....	0,002 en 30 heures 0,0005 par dose.
A 5 mois.....	0,005
A 6 mois.....	0,002
A 6 ans.....	2 centigr.

Poudre de Dower.

A 1 an 1/2.....	0,030
A 1 an.....	0,025
A 18 mois.....	0,035
A 2 ans.....	0,050
A 3 ans	0,20
A 4 ans.....	0,25
A 7 ans.....	0,30
A 8 ans.....	0,35

Ces tableaux résumés de la statistique publiée par M. Galatti, malgré quelques chiffres peu concordants, ne montrent pas moins qu'on peut donner à l'enfant l'opium à dose élevée. C'est la pratique recommandée par l'auteur, qui n'a pas eu de symptômes d'intolérance et encore moins d'intoxication, par très rare exception de la somnolence.

Du reste, Henoch prescrivait chez les jeunes enfants :

Chlorhydrate de morphine.....	0,01 à 0,03 c.
Eau distillée.....	35 grammes.
Sirop d'althéa.....	15 —

Une cuillerée à café, 2 ou 3 fois la journée. Il employait cette préparation surtout dans la coqueluche et il augmentait même le nombre des cuillerées.

Dans la coqueluche on peut, en effet, par suite de la prolongation du traitement, forcer les doses. C'est ainsi, comme je l'ai montré, qu'on peut avec la belladone arriver à des quantités très fortes, par exemple 1 goutte par mois d'âge, 10 gouttes de teinture par année, répétées toutes les 3 heures.

Toutefois, de même qu'il faut le recommander expressément pour la belladone, il sera prudent pour l'opium de ne jamais prescrire d'emblée

la dose maxima, mais de commencer par tâter le terrain à l'aide d'une quantité très modérée. Lorsqu'on augmentera la dose, on surveillera l'effet soi-même. On évitera ainsi des mécomptes. C'est cette seule restriction qu'il y ait à faire à la manière de faire de M. Galatti.

MÉDECINE LÉGALE

Procédé pour l'avortement artificiel. — Notre distingué confrère le Dr Charles, de Liége, publie l'article suivant dans le *Journal d'accouchements* :

Divers journaux reproduisent, d'après le *Centr. für Gynäk.*, la communication ci-après :

« Quand il y a lieu de procéder à l'avortement artificiel, M. *Oehlschlæger* a recours au moyen suivant qui agit à coup sûr et sans aucun danger :

« Il introduit dans la cavité utérine, jusque vers le fond, une sonde métallique recourbée dont la lumière mesure environ 2 millim. de diamètre. Par cette sonde il injecte 3 ou 4 gr. de teinture d'iode, et il retire l'instrument en plaçant sur l'orifice de l'utérus un tampon d'ouate pour éviter une cautérisation inutile de la paroi vaginale par le reflux de la teinture d'iode.

« Généralement, au bout de trois jours, on voit apparaître le sang, et l'avortement se fait sans beaucoup plus de douleurs que les règles ordinaires. Si le sang n'apparaît pas il y a lieu de recommencer l'opération.

« Ce procédé peut être employé quelques jours ou quelques semaines après la suppression des règles lorsqu'il y a lieu de redouter une grossesse. La teinture d'iode arrête le développement de l'embryon, agit aseptiquement et excite les contractions de l'utérus. »

Nous voudrions savoir combien de fois M. Oehlschlæger a employé ce procédé pour oser dire qu'il agit *à coup sûr et sans aucun danger ?*

Les injections utérines irritantes et caustiques sont dangereuses à l'état de vacuité et pendant la grossesse ; elles peuvent amener les accidents les plus graves et la mort.

On voit parfois les réflexes génitaux produire subitement l'arrêt de la respiration. Que les praticiens y fassent bien attention et qu'ils ne s'avisent pas de suivre les conseils de M. Oehlschlæger.

A un autre point de vue on se demande ce que signifie cette phrase singulière : « Ce procédé peut être employé *quelques jours* ou quelques semaines après la suppression des règles lorsqu'il y a lieu de redouter une grossesse. » On dirait vraiment que cela cadre avec certaines annonces des journaux politiques : « Retard des règles. — Discrétion. »

Est-ce que, par hasard, le médecin dont il s'agit aurait une spécialité de cet acabit ?

Car enfin le praticien n'a pas si souvent l'occasion de provoquer l'avortement pour sauver la vie de la femme ; c'est même heureusement extrêmement rare.

Comment se fait-il donc que M. Oehlschlæger ait eu tant de cas pour parler avec cette assurance de l'innocuité de son procédé ?

Il y a du reste d'autres procédés, connus depuis longtemps et ayant fait leurs preuves.

Mais on n'y a recours qu'en cas d'absolue nécessité et après consultation préalable avec un clinicien âgé et honorablement connu.

Clermont (Oise). — Imprimerie Puix frères, 3, place Saint-André.

GYNÉCOLOGIE

Pathogénie et prophylaxie des génitalites féminines post-matrimoniales,

Par le Dr F. P. Guiard,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Fréquence des génitalites féminines post-matrimoniales : leur division en deux catégories essentiellement distinctes au point de vue de la pathogénie et de la prophylaxie. — C'est aujourd'hui une notion banale, non seulement parmi les médecins, mais encore parmi les gens du monde, que la très grande fréquence des inflammations uro-génitales chez la femme, dans les premiers temps du mariage. Aussi me paraît-il superflu d'insister sur ce détail d'étiologie qui ne prête malheureusement à aucune contestation.

Leur pathogénie, au contraire, mérite, à mon avis, une étude approfondie, car elle offre, d'un cas à l'autre, des différences essentielles et soulève des questions multiples, délicates et d'une très haute importance pratique, d'abord au point de vue du traitement, puisque les indications thérapeutiques ont pour base fondamentale la nature même du processus morbide, ensuite au point de vue social, puisque la responsabilité du mari, parfois même celle des médecins qui l'ont autorisé au mariage, peuvent se trouver très sérieusement engagées.

Les observations se répartissent, en effet, en deux grandes catégories qu'il est indispensable de ne pas confondre. Dans la première, les accidents survenus chez la femme ont exclusivement pour point de départ une affection inflammatoire de l'urètre masculin, affection gonococcique, microbienne sans gonocoques ou aseptique, plus ou moins bénigne ou même latente, mais incomplètement guérie au moment du mariage : il s'agit, en un mot, d'une contagion. Dans la seconde, l'homme n'a rien à se reprocher ; il ne conservait en se mariant, il ne présente, au moment où on l'examine, aucun vestige appréciable d'urétrite chronique ; parfois même il n'a jamais eu la blennorragie ; il est donc bien évident que sa femme n'a pu être victime d'une transmission vénérienne. Autant sont communs les faits de la première catégorie, à ce point qu'en présence d'inflammations uro-génitales féminines post-matrimoniales, il nous est très difficile, même à nous, médecins, de ne pas concevoir, a priori, des soupçons accusateurs contre le mari, autant ceux de la seconde sont encore mal connus du plus grand nombre et la plupart du temps englobés bien à tort dans la première. Ce sont eux surtout qui m'ont paru dignes de retenir l'attention des praticiens, car les notions relatives à leur pathogénie permettent de dégager franchement la responsabilité du mari et comportent de plus certaines mesures de prophylaxie qu'il y aurait, à mon avis, grand intérêt à vulgariser.

I.

GÉNITALITES VIRULENTES. — *Responsabilité du mari et du médecin qui donne son consentement au mariage. Nécessité d'un contrôle sévère et réitéré, toujours basé sur les recherches bactériologiques après toute une série d'épreuves hygiéniques ou thérapeutiques.* — Un mot d'abord sur les génitalites contagieuses. J'accorde volontiers qu'elles sont les plus fréquentes et aussi les plus redoutables. Sans doute, il est souvent permis de juger avec une extrême sévérité les hommes qui les transmettent : ils n'ont pas craint de se marier sans s'être assurés d'avance qu'ils étaient radicalement guéris de toute affection vénérienne antérieure ; et c'est ainsi que, par une inconcevable négligence, ils vont, tête baissée, au devant de tribulations de toutes sortes et quelquefois de désastres irréparables.

Mais il faut bien convenir aussi qu'ils ne sont pas toujours les seuls coupables. Il en est parmi eux un certain nombre dont la responsabilité s'atténue et va même jusqu'à disparaître devant celle du médecin dont ils ont pris les avis en temps opportun. Ce n'est, en effet, qu'après avoir reçu de lui l'assurance formelle qu'il n'y avait plus rien de contagieux dans l'état de leur canal qu'ils se sont décidés au mariage. Dans ces conditions, ils sont en réalité plus à plaindre qu'à blâmer et c'est le médecin, la loyauté nous oblige à en faire le pénible aveu, qui est le véritable auteur de toute la série des prochaines calamités qui se succèderont. Son rôle prend donc une importance prépondérante ; aussi ne saurait-il consacrer trop de temps et d'attention à procéder aux diverses recherches macroscopiques et microscopiques sans lesquelles il lui est impossible de formuler un jugement motivé. Malheureusement, il n'est pas rare, même aujourd'hui, qu'il se prononce avec une déplorable légèreté, sans avoir le moins du monde utilisé les ressources que l'état actuel de la science met à sa disposition. J'ai vu, pour ma part, des malades qui, depuis de longs mois, traînaient un écoulement franchement blennorragique, très riche en gonocoques, et que des praticiens d'âge respectable et d'une excellente réputation scientifique, non seulement autorisaient, mais encore engageaient à reprendre les rapports, déclarant qu'il s'agissait d'un simple rhume de cerveau de l'urètre, dépourvu de toute contagiosité. Les expressions me manquent pour protester avec assez d'énergie contre des opinions aussi optimistes qu'erronées et dangereuses, lorsqu'elles ne reposent pas sur des examens bactériologiques plusieurs fois répétés, avant et après les réactions hygiéniques et thérapeutiques en usage pour déceler le gonococcisme latent.

Distinction de trois variétés d'urétrite chronique chez l'homme ; les unes à gonocoques faciles à constater : elles sont éminemment contagieuses; d'autres à microbes variés sans gonocoques ; d'autres aseptiques : ces deux dernières semblent peu transmissibles, à condition toutefois qu'on

ait fait tout le nécessaire pour déceler le gonococcisme latent. — Ceci étant bien posé, passons rapidement en revue les divers états de l'urètre masculin qui peuvent être l'origine de transmissions morbides par les rapports vénériens. Il va de soi, tout d'abord, que tout écoulement prés entant encore, à l'examen bactériologique, des groupes francs de gonocoques, est au plus haut point dangereux et communiquera presque sûrement à la femme une génitalite blennorragique. Il ne saurait y avoir pour personne le moindre doute, quand il s'agit d'une urétrite aiguë de date récente, mais le cas est assurément très rare, peu d'hommes étant capables de pousser le cynisme et l'inconscience au point de ne pas reculer à tout prix, dans ces conditions, la date de leur mariage. En pratique, ce sont donc les formes chroniques plus ou moins atténuées qui sont presque uniquement en cause dans les contagions post-matrimoniales. Mais, aussi longtemps qu'elles restent, gonococciques, elles conservent des propriétés éminemment contagieuses, alors même qu'elles se présenteraient avec les allures les plus insignifiantes et ne consisteraient plus qu'en une simple goutte militaire du matin. En pareil cas, le médecin qui permettrait le mariage se rendrait coupable d'une impardonnable négligence. Si, personnellement, il n'a pas l'habitude des recherches bactériologiques, il a le plus impérieux devoir de les confier à des hommes d'une compétence absolument indiscutable, avant d'accorder ou de refuser l'autorisation qu'on lui demande.

Mais on peut se trouver en présence de cas plus embarrassants. Le malade, je suppose, n'a plus aucun écoulement le matin au réveil ; il offre donc les apparences de la guérison. Et, cependant, il est possible qu'il conserve une de ces urétrites postérieures latentes sur lesquelles j'ai depuis longtemps appelé l'attention (1), et qui se révèlent uniquement par l'existence, dans le premier jet d'urine, de filaments et de grumeaux purulents plus ou moins volumineux et lourds. Il est alors absolument nécessaire de subordonner tout jugement à l'étude microscopique attentive et réitérée de ces filaments et grumeaux. Il ne suffit pas de pratiquer une seule fois cet examen au moment de la première visite ; il faut la renouveler mainte et mainte fois par la suite, après avoir mis en œuvre toutes les réactions hygiéniques et thérapeutiques révélatrice.

Si je ne m'en rapportais qu'à mon expérience personnelle, je serais tenté de dire qu'il n'y a guère que le gonocoque dont nous ayons à nous préoccuper au point de vue des contagions matrimoniales. C'est lui surtout qui doit être considéré comme le grand ennemi. Quant aux infections secondaires et aux microbes normaux de l'urètre, pourvu que le gonocoque ait bien réellement disparu, je les crois fort peu redoutables. Cette opinion repose sur

(1) F. G. Guiard. — Urétrites latentes et urétrites glandulaires. (*Annales des mal. des org. génito-ur.*, février 1884, p. 78.)

les données acquises depuis bien longtemps au sujet de l'innocuité, pour l'urètre masculin, des inflammations non gonococciques des organes génitaux de la femme. A cet égard, la clinique et l'expérimentation ont conduit, l'une et l'autre, à des conclusions identiques. Je rappellerai notamment les très intéressantes recherches de Wélander, de Copenhague (1). Cet auteur a bien souvent tenté des inoculations sur l'homme, avec des sécrétions vaginales purulentes fétides et mélangées de sang menstruel, après s'être assuré qu'elles contenaient en grande quantité des microbes de formes variées, sphériques ou bacilliformes, et cependant il n'a jamais pu obtenir une seule fois un résultat positif. On conçoit difficilement que les infections microbiennes non gonococciques de l'urètre masculin puissent être pour l'appareil génital de la femme une source plus réelle de contagion.

Par contre, il est vrai, certains auteurs, entre autres Janet, ont rapporté quelques observations d'accidents inflammatoires assez graves survenus chez de jeunes mariées dans des conditions telles qu'il semblait permis d'en attribuer l'origine à l'incomplète guérison d'une urétrite microbienne sans gonocoques du mari. Les sécrétions vaginales contenaient, en effet, en grande abondance de petites bactéries courtes absolument comparables à celles que présentaient les sécrétions urétrales de l'homme et ne possédant aucun des caractères du diplocoque spécifique (2). Nous sommes bien évidemment obligés de tenir compte de ces sortes de cas, surtout quand ils ont été recueillis par des observateurs aussi distingués. Mais ils ne sauraient infirmer les remarquables expériences de Wélander, non plus que les innombrables faits cliniques dont le témoignage est analogue et si rassurant. On peut se demander, en effet, si, dans les observations de Janet, le gonococcisme ne persistait pas à l'état latent et ne conférait pas aux microbes des infections secondaires une virulence dont par eux-mêmes ils auraient été dépourvus. J'ai rapporté ailleurs (3) certains faits que l'on pourrait peut-être invoquer à l'appui de cette hypothèse, mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer à ce sujet dans une étude plus approfondie.

Enfin, en ce qui concerne les urétrites aseptiques, dont l'observation est assez commune et la guérison radicale souvent si lente, si incertaine et si difficile, les données cliniques, aussi bien que les recherches bactériologiques, semblent démontrer que les dangers de contagion sont presque nuls. Il convient pourtant de faire quelques réserves, car il s'agit, en somme, d'états pathologiques

(1) Wélander. — *Gazette médicale de Paris*, 7 juin 1881.

(2) Janet. — Réceptivité de l'urètre et de l'utérus. Blennorragie et mariage. (*Ann. des mal. des org. gén.-urin*, 1893, p. 600 et 601.)

(3) F. P. Guiard. — Les urétrites chronique chez l'homme. Origine contagieuse des urétrites primitivement aseptiques, p. 388 et suiv. Rueff, éditeur, 1898.

dont la nature est incomplètement caractérisée, qui peut-être sont causés et entretenus par des microbes que nous ne savons pas encore apercevoir. C'est ainsi que Bockhart (1) est parvenu, en colorant ses lamelles à chaud, à découvrir 4 fois sur 11, dans des cas d'urétrite en apparence aseptique, des colonies d'un diplocoque spécial qui restaient invisibles sans cet artifice. Avec des cultures de ce microbe à la 4e et à la 7e génération, obtenues sur gélose et sur sérum animal, il fit, chez un médecin de bonne volonté, dans l'urètre, deux inoculations successives qui furent positives. Cela ne l'empêche pas, du reste, d'affirmer qu'il n'a jamais observé la contagion spontanée des urétrites microbiennes en général, pourvu qu'elles ne fussent plus gonococciques, et en particulier de celles où il avait rencontré le micro-organisme dont il vient d'être question. En ce qui me concerne, je suis également porté à penser que, si les urétrites aseptiques ont parfois une origine contagieuse manifeste, elles ne possèdent pas la propriété de se transmettre, à leur tour, dans les rapports vénériens.

Cependant, avant de permettre le mariage, il faut, par les moyens les plus rationnels, s'efforcer d'en obtenir la guérison radicale. — Quoi qu'il en soit, avant d'autoriser à se marier ces malades affectés d'urétrite microbienne ou aseptique sans gonocoques, la prudence la plus élémentaire exige qu'on les ait préalablement soumis aux divers traitements dont l'efficacité paraît le mieux établie. Les grands lavages urétro-vésicaux au sublimé à 1 p. 20.000 ou au nitrate d'argent à I p. 5.000, quelquefois les instillations dans les deux portions, antérieure et postérieure, du canal avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50, de protargol à 1 p. 20, de sulfate de cuivre également à 1 p. 20, etc., procurent en très peu de temps les meilleurs résultats. Au besoin, on aurait concurremment recours soit aux dilatations urétrales par les Béniqué, même sans qu'il y ait rétrécissement urétral, soit au massage prostatique par le toucher rectal, en les effectuant immédiatement avant l'emploi des liquides modificateurs. Si, malgré tout, l'affection persistait, mais si la recherche réitérée du gonocoque restait constamment négative, il serait excessif, je crois, d'interdire absolument le mariage à cette catégorie de malades. L'avenir se chargerait trop souvent de témoigner contre notre clairvoyance, en montrant qu'ils peuvent, malgré notre véto, se marier, sans jamais communiquer à leur femme aucune affection génitale, et nous n'aurions pas le beau rôle.

Telles sont les diverses variétés d'urétrite chez l'homme qui semblent pouvoir être incriminées comme point de départ des contagions matrimoniales. Cependant, encore une fois, la trans-

(1) Bockhart. — Ueber die pseudo-gonorrhoische Entzündung der Harnrohre und des Nebenbodens, *Monatsch f. prakt. Derm.*, avril 1886, t. V, n° p. 134.

mission des urétrites microbiennes et aseptiques bien réellement dépourvues de gonocoques me semble devoir être considérée comme très hypothétique. Lorsqu'un jeune homme s'adresse à nous pour savoir si l'état de son canal ne constitue pas un obstacle à ses projets d'union, c'est essentiellement contre la persistance du gonococcisme à l'état latent que nous devons nous tenir en garde.

Hystérectomie vaginale et hystérectomie abdominale pour cancer utérin.

Par le Dr Pichevin.

Au commencement de ce siècle la lutte contre le cancer hantait les esprits et exerçait la sagacité des médecins et des chirurgiens. L'Académie médico-chirurgicale de Vienne, reflétant les préoccupations et les aspirations du monde savant, avait mis au concours, en 1890, un prix sur le traitement du cancer utérin. L'Académie demandait aux candidats, dans son programme, de fixer les limites de la possibilité de l'extirpation de la matrice et de discuter la question au point de vue de l'étendue et du siège du cancer.

La première extirpation d'utérus cancéreux et non prolabé semble avoir été faite par Paletta (de Milan) le 13 avril 1812.

L'opérateur enleva, sans s'en douter, la totalité de l'utérus. La patiente succomba deux jours environ après l'intervention.

En 1813, Langenbeck enleva une partie de l'utérus en prolapsus. Cette observation, qui est considérée par certains auteurs comme étant l'histoire de la première hystérectomie vaginale, n'est pas concluante.

C'est un médecin de Constance, Sauter, qui le premier pratiqua, de parti pris et avec succès, l'ablation de l'utérus cancéreux le 22 janvier 1822. En 1828, Bloundell obtient un succès opératoire. L'année suivante, Récamier qui, depuis 1810, se préoccupait de la cure chirurgicale du cancer utérin, réussit à exécuter avec un plein succès une hystérectomie qu'il régla dans ses lignes essentielles avec précision.

Ces quelques bons résultats suscitèrent un vif enthousiasme et l'on entrevit un instant la possibilité d'arracher à la mort les malheureuses femmes atteintes d'une des plus cruelles affections que l'on puisse imaginer.

Déjà l'on demandait l'érection d'une statue d'or pour ceux qui étaient considérés, à tort du reste, comme les protagonistes de l'extirpation totale de la matrice. Mais les vives espérances qu'avaient suscitées les résultats publiés par Sauter, Récamier, Bloundell et quelques rares chirurgiens ne tardèrent pas à se dissi-

per. Une mortalité terrible s'abattait sur les opérées. L'hystérectomie vaginale pour cancer tomba dans le discrédit et pendant près d'un demi-siècle l'opération fut bannie du domaine chirurgical.

L'extirpation de la matrice semblait être à jamais condamnée, quand elle fut de nouveau préconisée. C'est grâce à l'anesthésie et à l'antisepsie que les chirurgiens allemands purent relever l'opération du jugement sévère qui l'avait rayée du cadre de la thérapeutique chirurgicale.

En Allemagne, Czerny, Martin, Olshausen ; en Autriche, Billroth, remirent en honneur l'extirpation de la matrice, qui fut heureusement pratiquée, peu après, par Demons (de Bordeaux) et Péan.

L'hystérectomie vaginale acquit droit de cité dans la science et la mortalité opératoire, assez considérable, qui pesait sur cette intervention s'abaissa progressivement grâce aux progrès de la technique et à l'habileté sans cesse croissante des chirurgiens.

On s'imaginait que les résultats éloignés de cette opération devaient être superbes. Aussi la déception fut-elle grande, quand certains gynécologistes firent connaître leurs statistiques. L'hystérectomie vaginale fut regardée comme étant une simple opération palliative. Bien plus, cette opération, disait-on, n'était pas bénigne et on citait la statistique de Bouilly, portant sur 127 cas avec 27 morts, soit une mortalité de 19 à 20 p. 100. Quant à l'efficacité, elle était ainsi jugée : sur 3.000 hystérectomies vaginales, c'est à peine si l'on trouve vivantes 60 opérées après 3 ans.

L'hystérectomie vaginale fut exécutée de la façon la plus sommaire : opération aveugle, incomplète, irrationnelle, vouée d'avance à l'insuccès.

Au moment précis où cette opération était battue en brèche et, il faut l'avouer, donnait si peu de satisfaction aux chirurgiens, l'hystérectomie abdominale pour fibromes subissait des perfectionnements importants. La statistique de cette opération devenait meilleure, grâce à l'emploi judicieux de la position de Trendelenburg et d'autres artifices qu'il est inutile d'indiquer.

Et l'on se demanda s'il n'était pas indiqué de revenir à l'opération de Freund, c'est-à-dire à l'extirpation par la voie abdominale, du cancer utérin. L'hystérectomie abdominale pour épithélioma, qui, après les tentatives de Freund, vers 1878, avait donné une mortalité de 70 % environ, n'était-elle pas capable de sauver les femmes atteintes de cancer utérin ou du moins de leur assurer une survie considérable ?

En effet, disait-on, comment marche le cancer utérin ? Il envahit les tissus par propagation de proche en proche. Il atteint ainsi le vagin, le paramétrium, les ligaments larges, etc. De plus, il infecte l'économie par la voie lymphatique, et gagne les ganglions. Comment, dès lors, peut-on se borner à enlever l'utérus par la

voie vaginale, puisque les ganglions sont envahis. N'est-il pas indispensable d'agir sur les lymphatiques et les ganglions ?

La comparaison avec le cancer mammaire s'imposait. On fit remarquer que l'infection se propageait aux ganglions de l'aisselle et que les résultats de l'extirpation du sein étaient singulièrement meilleurs depuis que l'on pratiquait le curage de l'aisselle, qu'on enlevait l'aponévrose du grand pectoral et qu'on réséquait largement la peau qui recouvrait la tumeur. Il fallait donc agir de la même façon pour le cancer de la matrice.

Seule l'hystérectomie abdominale pouvait donner des succès. Et l'extirpation de l'utérus par la voie abdominale fut regardée comme une opération idéale et véritablement scientifique. On pouvait, par la laparotomie et avec l'usage du plan incliné, voir les lésions, se rendre compte des propagations, enlever le vagin, les ligaments larges, les ovaires, les lymphatiques, le tissu cellulaire, les ganglions et pratiquer l'évidement du bassin. C'était l'opération radicale rêvée.

Sans aucun doute il y a une part de vérité dans ces affirmations, mais il est nécessaire d'examiner les faits pour discerner si les nouveaux protagonistes de l'extirpation de l'utérus pour cancer ne sont pas victimes d'illusions.

Tout d'abord quelle est la mortalité de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer ? De l'avis de Picqué et de Mauclaire, qui ont réuni un grand nombre de cas, cette mortalité serait de 33 %. Belbœuf, dans sa thèse, a réuni des cas récents et arrive à 27 %.

Quels sont les avantages de l'hystérectomie abdominale si on la compare à l'hystérectomie vaginale ?

Nous ne parlerons que pour mémoire de la *facilité* opératoire. Tout chirurgien doit être suffisamment entraîné pour mener à bien les interventions les plus compliquées. Mais l'on ne peut se défendre de quelques craintes quand on voit le programme des interventionnistes par la voie abdominale : tout réséquer, tout couper, poursuivre l'infiltration dans tous les coins, enlever les ganglions, les lymphatiques, dégager les uretères, faire l'évidement du bassin, etc., sans parler de l'extirpation ovaro-salpingo-utérine, est une entreprise opératoire plus complexe et plus difficile que la simple hystérectomie vaginale.

Quant à la *bénignité* de l'hystérectomie vaginale, elle est proclamée par le relevé de Mauclaire et de Picqué. La mortalité est de 8,8 % (statistique portant sur 1,241 cas); elle est de 9 %, d'après Sorel (3.155 cas). Landau, d'après sa propre pratique, arrive à la proportion de 7,6 %. Richelot n'a que 6 % de mortalité.

Mais on objecte que Bouilly accuse 19 à 20 % de mortalité. En effet, ce chiffre est exact. Mais le chirurgien de l'hôpital Cochin vient de publier une série de 50 cas environ, et cette fois il n'a que 5,37 % de mortalité.

Il ressort de la comparaison des chiffres donnés plus haut

(33 % — 27 % hystérectomie abdominale) et de ceux que nous venons de citer (5,33 — 6 — 8,8 — 9 % hystérectomie vaginale) que l'extirpation de l'utérus par la voie haute est, à l'heure actuelle, plus grave que l'hystérectomie vaginale.

Mais, disent les partisans de l'hystérectomie abdominale, cette opération a encore une mortalité chargée par ce fait que l'on opère par la voie sus-pubienne des cancers qui sont inopérables par la voie vaginale. Les cas sont plus graves, les cancers plus étendus, les femmes plus affaiblies : la léthalité est fatalement plus grande.

Cette objection a de la valeur. Il faut reconnaître que l'opération a été tentée par laparotomie, alors que l'on avait renoncé à la pratiquer par la voie basse.

Cependant il s'est produit dans l'esprit et dans la pratique des chirurgiens un changement important. Depuis quelque temps les limites de l'intervention par la voie abdominale se sont singulièrement restreintes. On n'opère plus quand le cancer a cliniquement dépassé la zone utérine. L'indication de l'hystérectomie abdominale est la même que celle qui est proclamée pour la vaginale : la limitation clinique à l'utérus de la dégénérescence. Sous l'empire de ces idées on a donc enlevé par la voie abdominale des cancers qui auraient pu être aussi bien traités par la voie vaginale. Il est donc possible de comparer les deux opérations au point de vue de leur mortalité respective.

Telle est, par exemple, la pratique de Jacobs (de Bruxelles). Cet opérateur sur 50 hystérectomies abdominales totales pour cancer accuse 4 morts, soit 8 %.

8 %, mais l'hystérectomie abdominale, dit-on, est aussi bénigne que l'hystérectomie vaginale.

Que l'on compare la statistique d'hystérectomie vaginale de Jacobs à la statistique précédente et que l'on oppose Jacobs à Jacobs. Or, que voit-on ? Hystérectomie vaginale : 69 cas et 0 mort.

Ajoutez les 30 cas de Ott avec 0 mort et les 100 opérations d'Olshausen qui n'a perdu qu'une seule femme, et vous aurez un total de 199 hystérectomies vaginales avec mortalité de 1/2 p. 100.

Mais est-il légitime de réunir ainsi des chiffres et de leur donner une importance qu'ils n'ont pas ?

Non. J'estime que l'hystérectomie vaginale, telle qu'elle est pratiquée, est plus bénigne que l'opération complexe que nous faisons par la voie abdominale.

On parle de l'efficacité de l'hystérectomie abdominale. Mais qu'a donné cette opération ?

L'impression qui résulte, c'est que les résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale ne sont pas meilleurs que ceux qui ont été constatés après l'extirpation vaginale. La récidive semble apparaître avec une rapidité extrême, et c'est à peine si on relève quelques survies prolongées (Irish 5 sans récidive après 3 ans

Jacobs 1 après 25 mois ; Reynier 2 sans récidive depuis 3 ou 4 ans ; Montprofit 1 depuis 6 ans).

Je veux bien que l'hystérectomie abdominale pour cancer est de date trop récente pour que l'on puisse compter avec précision les malades qui ont largement bénéficié de l'intervention. Mais enfin, il est prudent de réserver tout jugement avant la publication de statistiques plus nombreuses, plus complètes et plus démonstratives.

L'hystérectomie vaginale, a-t-elle donc fait faillite à ce point qu'il faille y renoncer à jamais ?

Ott (de Saint-Pétersbourg) a des malades qui ont une survie considérable : 13, 11, 10, 8, 6 ans. Ce gynécologiste estime à 29 % le nombre de ses opérées qui sont sans récidive depuis 6 ans.

Landau cite des guérisons qui durent depuis 9 1/2, 8, 7, 6, 4 ans. Les guérisons qui datent de 5 ans, sont au nombre de 27 %. Fritsch estime les guérisons qu'il obtient à 10 % et Richelot à 10 ou 20 %.

J'ai personnellement une opérée qui a une survie de 4 ans. M. le Pr Le Dentu et moi, nous suivons une malade qui reste guérie depuis 9 ans 1/2.

Mais à côté de ces cas heureux, il faut placer les séries noires. Sur 52 hystérectomies, Reynier a toujours vu la récidive apparaître rapidement. Une seule fois le cancer a attendu 4 ans 1/2 pour se montrer de nouveau. Bouilly estime la survie de ses opérées à 2 ans, et la survie la plus prolongée qu'il ait observée est de 6 ans.

Pourquoi ces différences dans les statistiques?

Quelques chirurgiens estiment que le cancer utérin est toujours curable. Si on n'obtient pas toujours la guérison, c'est qu'on est intervenu trop tard. Ils s'empressent d'opérer tous les cas suspects.

D'autres opérateurs professent l'incurabilité du cancer. Ils en arrivent à mettre en doute leur propre diagnostic, alors même qu'il est appuyé par l'examen microscopique. Toute tumeur qui ne récidive pas après l'hystérectomie vaginale n'est pas un cancer. L'on comprend aisément qu'il leur est impossible, dans ces conditions, de fournir de bonnes statistiques.

Mais ces différences dans les statistiques tiennent à d'autres causes.

Peut-être y a-t-il lieu de faire intervenir la technique jusqu'à un certain point. Il faudra étudier si certains procédés ne mettent pas mieux les malades à l'abri des greffes possibles, au cours des opérations. Faudra-t-il se servir du thermo ou du galvano-cautère de préférence au bistouri, comme le recommande Mackenrodt ?

Y a-t-il avantage à employer les ligatures ? Ott a des bons résultats et il se sert de ligatures. Landau emploie presque toujours

les pinces pour faire l'hémostase et ses succès sont remarquables. Je crois que l'important est d'éviter l'inoculation du cancer sur toute la surface cruentée.

Les statistiques sont différentes, d'après les auteurs, parce que l'on englobe ensemble tous les cancers utérins. Or, il n'y a pas lieu de comparer le cancer des jeunes femmes avec le cancer des femmes âgées. L'épithéliome du corps est moins grave que celui du col.

Si donc on réunit un certain nombre d'hystérectomies portant sur des utérus vieux et d'ablations de cancer du corps utérin, on a chance d'obtenir des survies plus nombreuses et plus considérables que le chirurgien qui aura, par exemple, enlevé des cancers à forme aiguë chez des jeunes femmes.

Mais la discordance des résultats entre les chirurgiens vient de deux faits principaux : 1° Les uns enlèvent les cancers avancés, trop mûrs et les autres limitent leurs interventions aux cas relativement récents ; 2° certains auteurs englobent sous le nom de cancer des états mal déterminés (adenome, etc.), que d'autres chirurgiens considèrent comme ne relevant pas de la dégénérescence maligne. Pour quelques gynécologistes, il suffit d'une simple modification dans la structure glandulaire, pour que le mot d'adénome malin soit prononcé.

L'hystérectomie est appliquée et l'on obtient une guérison du cancer. Sans doute, dans quelques cas, ces états mal déterminés finissent peut-être par devenir des tumeurs malignes, le fait n'est pas démontré. En enlevant prématurément ces productions, on évite peut-être le cancer, mais on ne peut pas faire entrer ces cas dans la statistique du cancer. Il y a donc lieu de reviser la nomenclature et d'adopter des termes qui ne permettent aucune confusion.

Que conclure de ce long exposé ?

L'hystérectomie vaginale doit-elle être proscrite ? Je ne le crois pas. Elle a à son actif quelques faits que doivent être pris en considération. Elle est bénigne ; elle est facile ; elle est, dans tous les cas, une excellente opération qui donne l'illusion de la guérison pendant des mois, quelquefois des années.

L'hystérectomie abdominale est-elle destinée à supplanter sa rivale ?

Il ne serait pas prudent d'escompter l'avenir, mais j'avoue que l'hystérectomie abdominale ne me paraît pas devoir fournir des résultats éloignés supérieurs à ceux que l'on obtient par la voie basse.

Sans doute, la mortalité de l'opération de Freund, qui était vers 1880 de 70 %, est tombée à 27 à 20 %. Elle tombera davantage grâce aux progrès de la technique, et nous aurons de bonnes statistiques si l'on se contente de n'opérer que des cancers limités

à l'utérus, sans propagation aux ligaments larges et aux ganglions.

Je crois que la poursuite des ganglions engorgés, la résection des ligaments larges, la dissection de l'uretère sont des entreprises qui n'aboutiront à aucun résultat pratique. Quand la dégénérescence cancéreuse a franchi la zone utérine, quand les ganglions sont cancéreux, le tissu conjonctif envahi, l'action chirurgicale est trop inefficace. Il y a une contre-indication à l'opération soit par la voie haute, soit par la voie basse. Le cancer reste, dans certains cas, limité assez longtemps à l'utérus. Les ganglions ne sont pas envahis. Quand on a la chance de tomber sur ces cas, on peut avoir l'espoir d'avoir une guérison qui durera plusieurs années. Dans le cas contraire, l'hystérectomie abdominale ou vaginale n'arrêtera pas la marche de la maladie.

L'avenir nous réservera peut-être quelques surprises agréables. En attendant ces résultats que font entrevoir les inventeurs de sérum puissants mais inefficaces, les chirurgiens doivent s'efforcer d'améliorer leur technique opératoire. Mais je crois que nos résultats continueront à être aussi misérables tant que nous aurons à lutter contre des cancers qui ne sont plus limités à l'utérus. Les malades arrivent véritablement trop tard pour consulter le chirurgien. C'est aux médecins qu'il appartient de dépister le mal à son début, afin de nous permettre de pratiquer une opération prématurée et raisonnable. Dans la prochaine séance, je tâcherai d'exposer la nécessité et la possibilité d'un diagnostic précis et précoce. (*Société médicale de l'Elysée*, séance de novembre 1900.)

OBSTÉTRIQUE

DE LA SUPERFÉTATION

Par le Dr Dejouanny (1)

L'idée de la superfétation est bien ancienne ; elle est représentée dans la mythologie grecque, qui nous apprend qu'Almène eut deux jumeaux, l'un de Jupiter, l'autre d'Amphitryon. Hippocrate n'a-t-il pas déjà rapproché les phénomènes de superfétation de l'existence d'utérus bicornes. Depuis, cette question fut constamment étudiée et agitée, mais jamais elle ne reçut une solution définitive.

Si l'on veut jeter un coup d'œil d'ensemble sur ce chapitre si intéressant au point de vue médico-légal, il faut tout d'abord établir des distinctions et séparer de suite ce que l'on a entendu

(1) Thèse de Lyon, Storck, éditeur.

sous le nom de superfétation et sous celui de superfécondation.

Superfécondation. — On désigne sous ce nom, le cas dans lequel les deux fécondations successives s'opèrent dans la même période d'ovulation, selon la formule de Tarnier et Chantreuil, que cette période ne dure que quelques jours, ou qu'elle dure, comme le veut Doléris, quinze jours et même trois semaines. Les faits qui démontrent la possibilité de cette superfécondation ont été tirés aussi bien de l'étude de la conception chez les espèces animales que des observations faites sur l'espèce humaine. Ces observations concernent surtout des juments ayant produit à la fois un mulet et un poulain. Quant à celles qui concernent notre race elles ont été publiées par un certain nombre d'auteurs, tels que Velpeau, Simpson, Kussmaül, etc., sans parler du cas classique d'une femme de Charlestown, rapporté par Buffon, et des deux faits insérés dans le *Bulletin de la Société de médecine* en 1821. Toutes ces observations se ressemblent. Il s'agit toujours d'une négresse qui accouche à un moment donné de deux jumeaux, un nègre et un mulâtre, après avoir eu à court intervalle des rapports avec un blanc et un nègre ; ou bien ce sont des femmes blanches ayant dans les mêmes conditions des rapports avec deux hommes de couleur différente et accouchant d'un enfant mulâtre et d'un autre blanc. « Les deux pères ont laissé la trace de leur double influence. »

On a objecté à ces cas si caractéristiques de superfécondation que l'erreur est toujours possible sur le caractère de la race. On sait en effet que Cassan dit, dans sa thèse, que le négrillon à sa naissance ne diffère en rien du blanc, quant à la couleur de sa peau du moins, et que la pigmentation n'a lieu que les jours suivants. Le même fait est constaté par M. le professeur Lacassagne et nous-même avons pu le vérifier. « J'ai eu l'occasion, dit notre maître, d'accoucher quelques négresses et j'ai été frappé de voir que le négrillon naissait à peu près avec la même apparence extérieure que celle de beaucoup de blancs. » Mais tout ceci est moins qu'une objection, c'est tout au plus une observation intéressante, car pour être différé de quelques jours le diagnostic peut néanmoins être posé d'une façon certaine.

On a objecté encore que les cas attribués à la superfécondation s'expliquaient par l'influence prépondérante de l'un des parents. Ainsi, une négresse et un blanc produiraient un mulâtre et un nègre pur, suivant que l'influence du père ou de la mère aurait dominé. On a apporté à l'appui de cette thèse des observa-

tions sur la fécondation dans les espèces animales, ainsi que des études ethnographiques telles que celles de Lallemand. Mais toutes ces objections ne semblent pas avoir entraîné la conviction en faveur de l'idée qu'elles défendent. « En tenant compte de l'ensemble des faits et de l'opinion des auteurs, on peut admettre en principe la possibilité de la superfécondation opérée pour les animaux dans une même période de rut, et pour la femme pendant la même ovulation. »

Superfétation. — On désigne sous ce nom le cas dans lequel le temps qui sépare les fécondations successives est assez long et toujours supérieur à une période d'ovulation. On a beaucoup écrit sur cette question et les auteurs sont loin d'admettre pour la majorité la possibilité de la superfétation ; Tarnier et Chantreuil ont jeté un peu de jour sur son étude en distinguant deux ordres de faits parmi ceux invoqués en faveur de la superfétation.

1° Ceux dans lesquels on a eu à la même époque l'expulsion de deux produits de conception offrant un développement inégal ; les fœtus peuvent être morts ou vivants tous les deux ou encore l'un vivant et l'autre mort. Ce sont les cas de Bouillet (1729), de Meunier (1846), de Marquet, de Naegelé (1856), etc.

2° Ceux dans lesquels l'expulsion de deux fœtus vivants et viables s'est effectuée à deux époques différentes plus ou moins éloignées. Ce sont surtout les faits de cette série qui ont été mis en doute, et les partisans de la superfétation invoquent en faveur de leur théorie une dizaine d'observations dont quatre au moins sont classiques et importantes, à ce point de vue qu'elles résument presque toute la discussion. — *Premier cas.* Ce cas, rapporté en 1752 par le comte de Trassaa à l'Académie des sciences, concerne une femme qui, étant accouchée d'un enfant à terme, mit au monde sept semaines après un second enfant vivant de cinq mois environ. — *Deuxième cas.* Marie-Anne Bigaud accouche le 30 avril 1748 d'un garçon vivant à terme et quatre mois et demi après d'une fille à terme. — *Troisième cas.* Benoite Franquet accouche d'une fille le 20 janvier 1780 et cinq mois seize jours après sa première couche elle mit au monde une seconde fille parfaitement à terme et bien portante. — *Quatrième cas.* Observations de Loudun et Bret au sujet d'une jeune fille d'Arles qui le 11 novembre 1796 accouche d'une fille à terme et cinq mois après d'un enfant qui paraît également à terme et qui vécut. Les six autres cas moins importants et moins précis sont ceux de Dimerbrœck (1637), Le Bas, Genesalli (1817), Mœbius (1833), Thielmann et Barkers (1855). De-

puis les journaux médicaux ont publié des observations analogues, mais elles ne répondent généralement pas à ce que promet leur titre ; tel est le cas publié dans les *Annales d'hygiène et médecine légale* de 1884 par M. Pannin, qui admet la possibilité de la superfétation sans fournir des preuves suffisantes.

Tels sont les faits : examinons-en la critique. Tout d'abord, si l'on admet que la fécondation d'un ovule soit possible pendant la grossesse, il faut admettre en premier lieu l'existence de l'ovulation, ensuite la possibilité pour les spermatozoïdes de se frayer un chemin entre la caduque réfléchie et la caduque utérine, afin d'atteindre la trompe. Or la preuve de la première condition n'a jamais été faite, malgré l'avis de quelques auteurs modernes. L'ovaire semble entrer en repos, puisqu'il y a suppression des règles et, à l'autopsie, absence du foyer hémorragique récent. Les exceptions signalées sont loin d'être probantes. Dans les *Archives de tocologie* de 1886, Christopher traite de « l'ovulation pendant la grossesse » et rapporte l'observation d'une chatte qui était pleine et à l'autopsie de laquelle il put constater un follicule de Graaf à maturité du même côté que celui où s'est fait la conception. Chez la chatte c'est possible, et encore est-ce un cas isolé, mais chez la femme ? Du reste, depuis les travaux de Maygrier et de Raciborsky, on admet généralement la suspension du travail d'ovulation pendant la durée de la grossesse. Quant à savoir exactement à quel moment les deux caduques se soudent et interceptent tout passage aux spermatozoïdes, les auteurs ne sont pas d'accord. Les uns parlent de deux mois (Coste), d'autres de quatre mois (Tarnier et Chantreuil), d'autres enfin prononcent les mots de six mois (Schrœder). Les belles pièces de Coste au collège de France prouvent que le passage reste libre quelques mois, trois ou quatre mois au plus, probablement.

Ce sont là évidemment des objections qu'on peut faire tout d'abord à la théorie des superfétationnistes ; de plus, si l'on examine attentivement la première série des faits que nous avons rapportés il y a un instant, et notamment ceux de ces faits qui ont rapport à deux fœtus inégalement développés et morts, on s'aperçoit qu'il n'y a rien d'anormal dans ces faits « car, à la vérité, dit Moreau, on a voulu considérer comme des cas de superfétation ceux dans lesquels une femme, après avoir accouché d'un enfant bien conformé, en met au monde un second plus ou moins abortif ; mais ce sont là des faits qu'on a mal interprétés et qui doivent être rapportés à des grossesses gémellaires dans lesquelles le développement d'un des deux embryons ou fœtus a été arrêté par une cause quelconque ». Les statistiques montrent du reste que les jumeaux

sont presque toujours très inégalement développés ; et l'on voit souvent un des fœtus cesser de vivre et ne présenter à la naissance de son frère que les caractères d'un fœtus de 4, 5 ou 6 mois, alors qu'en réalité il en a neuf. Cette inégalité de développement peut s'expliquer par une fécondation double primitive à la suite de laquelle un seul germe aurait mûri dans l'utérus, l'autre n'étant descendu que plus tard dans la matrice. La gêne réciproque où se trouvent les deux fœtus ne pourrait-elle pas profiter à l'un au détriment de l'autre ? Enfin ce développement inégal des placentas ou une altération de l'un d'eux ne suffirait-il pas à expliquer une pareille inégalité ?

Il nous reste maintenant à interpréter les quatre cas de la deuxième série de faits, c'est-à-dire ceux de Marie Bigaud, Benoîte Franquet, etc... Or s'il y a eu superfétation, la seconde conception chez ces femmes date d'un moment *où elles étaient enceintes de plus de cinq mois*. « L'âge de la grossesse, dit Doléris, était tel que personne ne peut soutenir à cette époque la perméabilité du conduit tubo-ovarien. » D'autre part, ces observations déjà anciennes n'ont pas été confirmées par des faits nouveaux précis, de plus, elles étaient trop incomplètes pour entraîner la conviction.

Un grand nombre d'auteurs nient formellement la superfétation. Hippocrate et Aristote croyaient que ce phénomène ne pouvait avoir lieu que dans des matrices bilobées. Mauriceau et Fœderé admettent la superfétation. Baudelocque et Velpeau la nient. Ganahl, dans sa thèse de Paris (1867), admet sa possibilité. Depaul critique les conclusions de Ganahl et explique l'inégalité des fœtus par l'étude du placenta. « Aujourd'hui, dit-il dans ses leçons, que les dégénérescences fibreuses, graisseuses et fibro-graisseuses sont mieux connues, on sait reconnaître dans le délivre des plaques disséminées, des noyaux indurés, des cotylédons entiers qui n'ont pu servir à la nutrition des fœtus et ces maladies, qui expliquent quelquefois sa mort, font comprendre aussi les différences observées. » Au sujet de toutes les observations où l'écart entre l'époque des deux accouchements est très considérable, le professeur Tarnier conclut en disant qu'elles ne peuvent être expliquées que par l'hypothèse de la superfétation ; tel est l'avis de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage. Playfair admet la superfétation. « La plupart des faits, dit-il, supposés de superfétation peuvent être expliqués d'une façon plus naturelle ; mais on ne saurait admettre que ce phénomène soit impossible ni physiologiquement, ni mécaniquement. » Schrœder, Barnes, Spiegelberg nient formellement ces conclusions. M. Doléris dit aussi, en terminant son

article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* : « Il n'existe pas d'exemples de superfétation qui possèdent la rigueur d'observation qu'on est en droit d'exiger de faits aussi anormaux. »

En résumé et d'après Velpeau on peut dire que presque toutes les histoires de superfétation paraissent pouvoir être rapportées : 1° à des grossesses doubles dans lesquelles l'un des fœtus mort longtemps avant terme s'est conservé dans les membranes et n'a été expulsé qu'avec celui qui avait continué de vivre ; 2° ou bien à des grossesses de jumeaux inégalement développés et nés à des termes différents ; 3° ou bien à des cas de grossesses extra-utérines qui n'ont pas empêché la gestation naturelle (cas de M. Cliet, de Lyon) ; 4° à des cas d'utérus bicorne. Ces cas ne sont pas nombreux. Picot n'en cite pas. Madame Boivin en rapporte un exemple d'après la thèse de Cassan, mais Pozzi en a recueilli trois cas. M. Goullioud, enfin, en a publié une observation dans le *Lyon médical* de juin 1895.

Questions médico-légales. — Cet aperçu rapide de l'étude de la superfétation nous permettra de juger avec toutes les données nécessaires les différents problèmes proposés au médecin-légiste sur cette question.

(*A*) « Puisqu'on admet la possibilité de la superfécondation, c'est-à-dire la possibilité de deux fécondations successives opérées pendant la même période d'ovulation, comment reconnaître lorsque les deux enfants viennent au monde à un ou deux jours seulement d'intervalle, s'il y a eu superfétation ou grossesse double ? S'ils sont jumeaux ou s'ils sont le produit de deux conceptions différentes ? » Si on a à éprouver cette superfécondation, on se basera sur la ressemblance avec les deux pères, la différence de race ou bien l'état du délivre. On sait avec quel soin Zacchias et Fœderé ont étudié cette question de la ressemblance et quel poids ils lui attribuaient dans l'interprétation de certains cas médico-légaux difficiles. Cette ressemblance pourrait à la rigueur être invoquée pour ou contre l'action intentée par un mari en désaveu de paternité, à la suite de la naissance de deux ou plusieurs enfants. Mais il faut généralement se défier de ces constatations de ressemblance, qui sont souvent fort difficiles à bien déterminer et scientifiquement ne prouvent souvent rien.

La différence de race chez deux jumeaux serait au contraire une preuve indéniable de superfécondation ; les cas abondent dans la science, notamment en ce qui concerne les nègres, nous en avons cité plus haut des exemples ; plus complexe est l'ob-

servation publiée par Prus (*Union médicale*, 1848) au sujet d'un monstre bicéphale étudié par lui en Egypte et dont une tête était blanche et l'autre pigmentée de noir. Quoi qu'il en soit, il n'est pas étonnant que dans ces conditions la justice ait quelquefois à intervenir dans la réglementation de questions de paternité et de filiation. On pourra tenir compte de l'état du délivre, nous étudierons ce point plus en détail au sujet de l'infanticide ; toujours est-il que très souvent il sera impossible de décider si les deux enfants sont jumeaux ou surconçus, car si le plus ordinairement deux jumeaux n'ont qu'un seul et même placenta et sont contenus dans un seul œuf, ils peuvent, comme les enfants surconçus, avoir chacun un placenta et des enveloppes particulières.

(*B*) En vertu des articles 314 et 315 du Code civil la légitimité de l'enfant est déterminée par la date de sa naissance ; et le mari sera en droit de désavouer l'enfant né avant le 180me jour de son mariage, à condition qu'il ait été déclaré viable. Or il est possible que l'un des jumeaux naissant viable avant le 180e jour soit déclaré illégitime alors que son frère né quelques jours après aura le bénéfice de la légitimité. « La superfétation, dit M. Tourdes n'aurait qu'une valeur morale pouvant faire présumer si l'intervalle entre les deux naissances est notable que la seconde conception seule appartient au mari. » De même « deux accouchements à distance plus ou moins grande, mais dans les limites de 300 jours après la dissolution du mariage, ne soulèvent plus aujourd'hui la question de la superfétation ». Nous nous sommes expliqués en effet plus haut sur l'inégalité de développement des jumeaux, et nous avons vu qu'il y a toujours un rapport précis de temps entre le développement des enfants et l'époque de leur expulsion, c'est-à-dire qu'une femme venant à accoucher de deux enfants à un ou deux mois d'intervalle, on constate par exemple que l'un des enfants naît prématurément à 7, 8 mois de grossesse et l'autre à terme (Doléris). Velpeau expliquait ces cas par l'accouchement retardé. Nous n'avons plus aujourd'hui besoin de nous rattacher à son opinion.

(*C*) Briand et Chaudé soulèvent une autre question au sujet d'une accusation d'adultère et mettent le médecin légiste en garde contre une appréciation inexacte des faits. « Si, disent-ils, après un accouchement à terme, on trouvait dans les mêmes membranes que le fœtus à terme, un second fœtus paraissant âgé seulement de 3, 4 ou 5 mois et semblant mort tout récemment, il ne faudrait pas conclure qu'il n'a été conçu que longtemps après le premier et faire planer sur la femme avec qui son mari n'aurait pu,

cohabiter depuis quelques mois un soupçon adultère. » En effet, nous savons fort bien aujourd'hui, et nous y insistons ailleurs dans ce travail, que dans une grossesse gémellaire l'un des fœtus peut mourir au cours de cette grossesse et cependant séjourner dans l'utérus jusqu'à l'expulsion de son frère vivant.

(*D*) La question de la superfétation peut être soulevée encore dans les cas de reconnaissance d'un enfant naturel, soit antérieurement, soit postérieurement à l'accouchement. Si la reconnaissance avait en vue le fruit du ventre, il semble logique d'admettre qu'elle s'applique au double produit, puisque c'est là un acte de l'état-civil qui ne peut être modifié ; mais, comme le dit M. Tourdes, « si l'un des enfants est le produit d'une autre paternité, obligera-t-on le blanc à reconnaître le noir, et inversement ? si en droit la reconnaissance pendant la grossesse s'applique à son produit même multiple, en fait cette doctrine pourrait consacrer une grande injustice ». Dans le cas, au contraire, où seul l'un des jumeaux est reconnu, naturellement après la naissance, il y a lieu de se demander si cette reconnaissance s'applique explicitement à l'autre ? Briand et Chaudé pensent que « celui-là seul devra profiter de la reconnaissance auquel elle a été spécialement dévolue ; parce que cet acte est un acte de pure faculté, en général, et que la recherche de la paternité est interdite ».

(*E*) Enfin une femme déjà enceinte peut être la victime d'un viol ou d'un rapt. Si cette femme a été superfécondée et qu'elle mette plus tard au monde deux produits inégalement développés comme il arrive si souvent, ou à un intervalle de temps considérable, on pourra se poser la question suivante : Sont-ce deux jumeaux ou deux enfants surconçus ? Nous avons déjà dit quelques mots de ce cas médico-légal, nous ajouterons qu'il y aura lieu encore de rechercher si quelque maladie vénérienne ou quelque vice héréditaire (hypospadias, polydactylie, etc.) ne pourraient pas avoir été transmis par le prévenu.

THÉRAPEUTIQUE

—

LA DYSMÉNORRHÉE ET SON TRAITEMENT

(Haultain.)

On peut définir la dysménorrhée accompagnant la menstruation, causée par elle, et assez forte pour arrêter la malade dans ses occupations. Règle générale, la douleur est locale et pelvienne.

La dysménorrhée est toujours pathologique et trouve sa cause dans l'état anormal des organes. Il s'agit d'inflammation ou d'obstruction, quelquefois des deux réunies. L'inflammation peut être localisée à l'utérus ou aux annexes ; l'obstruction dépend de l'utérus.

Dans l'obstruction, le sang qui s'échappe des capillaires est gêné dans son écoulement : l'obstacle peut être un spasme momentané, une sténose congénitale, une flexion de l'organe, une tumeur. L'utérus distendu par le sang coagulé ou non, qui ne peut s'écouler, se contracte, d'où la douleur.

Quand la douleur est causée par un état inflammatoire, elle est due à la congestion qui se produit avant la menstruation dans des organes déjà enflammés. L'écoulement du sang amène dans ce cas un soulagement.

Au point de vue clinique, on peut considérer la douleur menstruelle et la douleur prémenstruelle.

Dans l'obstruction, la douleur existe pendant l'écoulement ou immédiatement avant.

Dans l'inflammation, la douleur la plus forte est pendant la période de congestion qui précède l'écoulement. Si l'inflammation est limitée aux annexes, la déplétion causée par l'apparition de l'écoulement sanguin amène un soulagement considérable. La dysménorrhée tubaire ou ovarienne est donc généralement nettement prémenstruelle.

Si l'inflammation siège dans l'utérus, la douleur, quoique prémenstruelle, peut se prolonger pendant toute la durée des règles, soit à cause des contractions douloureuses de l'utérus, soit à cause de l'obstacle apporté au libre cours du sang par la muqueuse épaissie. De même l'endométrite compliquée d'ovarite donne lieu à un type combiné de dysménorrhée prémenstruelle et menstruelle.

La dysménorrhée menstruelle, causée par l'obstruction, est de beaucoup la plus fréquente à l'origine : 10 % ; mais peu à peu l'élément inflammatoire s'ajoute à l'élément obstructeur et la dysménorrhée devient prémenstruelle.

Quant au traitement de la dysménorrhée, la dilatation soit lente, soit rapide, la discission du col, le redressement des flexions donnent presque toujours de bons résultats. On y joindra le curettage et les injections vaginales chaudes s'il y a de l'endométrite.

Quant au traitement médical, il est de bien peu de valeur si on lui demande autre chose qu'un soulagement momentané. La plupart des médicaments employés ont de mauvais effets sur la santé générale ou créent des habitudes difficiles à guérir d'alcoolisme ou de morphinomanie.

Dans les états congestifs et inflammatoires, les calmants, comme les bromures, le gelsemium, le camphre, l'hydrastis, combinés aux

applications chaudes, aux bains de siège et aux révulsifs, donnent de bons résultats.

La dysménorrhée étant fréquente chez les jeunes filles, l'auteur envisage la question de l'examen local et du traitement dans ce cas particulier. Il est d'avis que la question de sentiment doit disparaître devant les souffrances et la gêne apportées à l'existence par la dysménorrhée. Il a l'habitude d'examiner ces malades sous le chloroforme, et, séance tenante, d'appliquer le traitement reconnu nécessaire.

Dans tous les cas, il est bon de conseiller le repos un ou deux jours au moment des règles dans les débuts de la menstruation, et de favoriser le développement général des jeunes filles par l'exercice et la vie au grand air, contrairement aux habitudes actuelles qui les tiennent trop enfermées à cette époque de la vie.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE

(A. Lutaud.)

Il faut d'abord rechercher les causes qui sont génitales ou extra-génitales.

Dans la première catégorie, il faut ranger les vulvites (primitives ou secondaires, simplement locales ou dérivant d'une affection générale telle que la tuberculose ou l'arthritisme) ; l'eczéma, l'herpès, le psoriasis, le lichen, le zona, l'épithélioma de la vulve, etc.

Dans la seconde, il faut citer la glycosurie, l'herpès, les oxyures, les affections de la vessie, etc. Enfin, le prurit vulvaire peut être purement nerveux et se montrer en dehors de toute lésion apparente du tégument ; c'est ainsi que chez les femmes nerveuses ou arthritiques il suffit d'une impression morale quelconque ou d'un simple changement de température pour le produire.

Le prurit vulvaire est tantôt passager, tantôt durable et chronique, avec des rémissions et des exacerbations ; ces dernières se produisent surtout vers l'époque des règles, et le soir lorsque la femme se couche. Parfois elle s'associe à deux autres phénomènes : à l'hyperesthésie vulvaire et au vaginisme.

Le diagnostic de prurit vulvaire étant posé, il faut avant toute chose en rechercher la cause, savoir s'il se rattache à un état constitutionnel, au nervosisme, à l'arthritisme, au diabète, ou bien à une grossesse, à une affection vésicale utérine ou vaginale, à l'existence d'un parasite, etc..., etc... On comprend, en effet, que le véritable traitement du prurit vulvaire devra s'attaquer à la source même d'où découle cette manifestation morbide. On traitera donc la diathèse par une médication générale.

Lorsque l'on se trouve en présence d'un état aigu, tel qu'une vulvite au début, il est bon d'employer les émollients, les cata-

plasmes aseptiques, les lotions avec de l'infusion de belladone, d'aconit, de tête de pavot, ou bien avec une solution de bromure de potassium au 150me ou de chloral au 50me. On fera ces lotions plutôt chaudes que froides : on peut remplacer les cataplasmes par des compresses de linge fin imbibées d'une solution boriquée. — Lorsque l'état aigu est calmé, on fait deux ou trois lotions par jour avec une solution de sublimé au 300me ; parfois il sera utile de pratiquer de légères cautérisations au nitrate d'argent, parfois l'application de tranches de citron sur la vulve soulagera les malades. Le soir, s'il y a de l'iritation des téguments, on pourra les enduire d'une pommade composée de 50 grammes de glycérolé d'amidon à la glycérine neutre, additionné de 1 gramme de tannin, de calomel, d'extrait de belladone ou d'huile de cade, suivant les circonstances.

Dans les cas chroniques, on emploie des lotions avec : infusion de mauve 1 litre, eau de laurier-cerise 50 grammes, sous-borate de soude 10 grammes, puis une onction matin et soir avec la pommade suivante : glycérolé d'amidon 20 grammes. Bromure de potassium et sous-nitrate de bismuth, ãã 1 gramme, calomel 40 centigr., extrait de belladone 20 centigr.

Pour sécher les parties après la miction on peut employer la poudre suivante : Poudre de lycopode 30 gr. ; sous-nitrate de bismuth 10 gr. ; racine de belladone 2 grammes. On obtiendra de bons résultats en saupoudrant la vulve d'iodoforme.

La cocaïne a été employée dans toutes les affections douloureuses des muqueuses et en particulier dans le prurit vulvaire ; on obtient assez rapidement l'anesthésie de la vulve en faisant des badigeonnages avec une solution au 50me ou par des applications de pommade à la cocaïne au dixième et au quinzième.

MÉDECINE PRATIQUE

—

Traitement de l'Eclampsie

(Fochier.)

Il faut d'abord éliminer les produits toxiques ; à cet effet Fochier préconise la formule suivante :

Follicules de sené.... 8 grammes.
Eau bouillante..... 300 »

Faire infuser. Ajouter sulfate de soude 20 grammes. Ce lavement est plus facilement toléré. Il faut le donner lentement pour ne pas provoquer la révolte brusque de l'intestin.

Assez souvent, le premier lavement est rejeté rapidement. Il faut alors en administrer un second, en faisant, au besoin, l'occlusion artificielle temporaire de l'anus pour obliger la malade à le garder.

L'estomac qui, lui aussi, peut contenir des toxines, doit être évacué, et le meilleur procédé pour cela est le lavage qu'on pratiquera sous le chloroforme si cela est nécessaire et si l'agitation de la malade ne permet pas de faire autrement.

On peut le faire avec de l'eau bouillie ou mieux avec une eau gazeuse alcaline. Il a d'abord une action pure-

ment mécanique. Il balaie les débris alimentaires de toute nature, parfois très abondants, source de fermentation et de toxines.

Le passage du tube a aussi l'avantage de permettre d'administrer directement dans l'estomac le chloral après le lavage. C'est un avantage précieux chez les femmes en coma ou en agitation inconsciente qu'on ne peut faire déglutir.

Pour le chloral, Fochier conseille 6 grammes pour les cas moyens dans les 24 heures ; il faut aller à 12 et 18 grammes dans les cas graves. Le meilleur mode d'administration consiste à le donner par la sonde après le lavage d'estomac, il doit toujours être dilué largement pour éviter l'irritation de la muqueuse stomacale. Il faut, au moins, 50 grammes d'eau pour 1 gramme de chloral, ou mieux 100 gr. eau pour 1 de chloral.

Fochier a trouvé dans l'emploi du chloral de si bons résultats qu'il le considère comme un agent s'adressant à la cause de l'éclampsie ou, au moins, à la toxémie. Il ne faut pas oublier que c'est un antiseptique, son action se porterait immédiatement sur l'agent de la toxémie urémique et non sur l'hyperexcitabilité des centres.

Les compresses d'éther dans la hernie étranglée. — Dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, M. Flessinger rapporte qu'à plusieurs reprises, il lui est arrivé dans les premières heures d'un étranglement herniaire et alors que le taxis classique avait échoué, de réussir à l'aide de compresses d'éther appliquées sur le siège de la hernie. — Une lame de coton couvre le lieu du délit ; toutes les quelques minutes on imbibe d'éther de manière à maintenir une impression permanente de froid sur la région douloureuse. — Au bout de 20 à 25 minutes de cette manœuvre, renouvelez la tentative de taxis ; parfois l'intestin se réduit, avec une facilité surprenante. — On peut, en outre, pratiquer une injection de morphine au niveau des parties étranglées. — Cette complication de technique n'est pas indispensable, l'éther seul est suffisant ; qu'on ne s'y méprenne pas, il constitue dans l'espèce un agent curateur de premier ordre. — Des étranglements datant de près de 48 heures peuvent être réduits grâce à son emploi et cela spontanément, sans le concours d'aucune tentative directe du taxis.

Un fait récent a montré au Dr Flessinger que ces applications pouvaient être prolongées utilement plus longtemps. Dans ce cas, en effet, datant de près de 48 heures, ces applications furent faites à tout hasard en attendant que les préparatifs de l'opération fussent terminés. Elles duraient depuis 45 minutes quand la malade, se trouvant extrêmement soulagée, on constata que la hernie avait disparu, sans qu'on y eût touché. Comme le taxis avait été fait à diverses reprises, on pouvait craindre néanmoins des accidents, mais rien ne se produisit. Ces résultats indiquent que lorsqu'on voudra utiliser ce procédé, on fera bien de le prolonger, si besoin est, pendant trois quarts d'heure ou même une heure.

Le Santonate de chaux comme vermifuge. (E. Bombelon.) — L'auteur recommande l'emploi de cette combinaison jusqu'à présent peu étudiée, et la signale comme devant mériter l'attention des thérapeutistes. Elle se présente sous forme de poudre blanche, complètement insoluble dans l'eau et sans saveur. On l'obtient en traitant, à l'aide de la chaleur, la santonine par un lait de chaux jusqu'à saturation et faisant sécher le produit résultant de ce traitement. Son insolubilité est, d'après Bombelon, la raison de son absorption plus lente et de son action plus efficace contre les vers. Selon lui, le santonate de chaux est plus actif que la santonine. L'absence complète de saveur permet de confectionner des trochisques ou des pastilles d'un emploi commode et certain dans la médecine des enfants.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A

Abcès du sein (traitement) 107
Accouchement anormal et troubles cérébraux consécutifs 65
— en chemin de fer (cas d'—) 59
— chez les Esquimaux (l'—) 181
— forcé et opération césarienne 37
— (la compression de l'abdomen après l'—) 180
— (la fièvre du travail dans l'—) 71
— prématuré (nouveau procédé) 229
— (questions médico-légales relatives à l'—) 133
Accoucheurs en bronze (nos —) 190
Acné (traitement) 34
Aérothérapie contre la coqueluche (l'—) 46
Alimentation du nouveau-né débile 23, 183
Aliments du sevrage (les —) 194
Alcool et sécrétion lactée 258
Allaitement maternel (l'—) 259
— des nouveau-nés (l'—) 266
Almeras (d'—) 226
Aménorrhée (traitement médical) 260
Anesthésique local (nouvel —) 68
Angines pseudo-membraneuses et diphtériques (traitement) 243
Antithermiques chez les enfants (les —) 346
Anus (traitement de la fissure à l'—) 30
Appendicite (traitement) 282
Arthralgies pelviennes gravidiques (les —) 69
Aspidium spinulosum (emploi de l'—) 32
Assistance maternelle à domicile (l'—) 202
Ausset 17, 213
Avortement artificiel (Procédé pour l'—) 356
— provoqué (ses indications) 5

B

Baginski 346
Ballon intra-utérin (emploi du —) 354
Barbellion 249
Barbier 312
Bec-de-lièvre (traitement) 308
Bendersky 315
Bernard 79, 166
Berthod 39, 206, 288
Besançon 277
Bissieu 63
Blennorrhagie chez la femme (traitement) 323
— utérine (traitement) 354
— vaginale (traitement) 128
Boas 30
Boissard 183
Bonnefin 243
Bouilly 106
Bronchite (traitement) 33
Broncho-pneumonie infantile (traitement) 32
Brouardel 133

C

Cadet (de Gassicourt) 162
Calle 37
Carron de la Carrière 227

Catarrhe du col de l'utérus (traitement)..... 241
Causeries de *Lucine* (les —). 26, 55
CHARLES..... 5, 270
Chlorose (traitement)..... 129
Chlorure de zinc dans le traitement des métrites (le —)..... 188
Chorée (traitement)..... 288
Chrysarobine (emploi de la —)..... 67
Col de l'utérus (traitement du catarrhe du—)..... 241
Coliques utérines (formule contre les —)..... 36
COMBY..... 260
Compression de l'abdomen après l'accouchement (la —)..... 180
Conception (questions médico-légales relatives à la —)..... 133
Congestion utérine (traitement)..... 131
Constipation habituelle (traitement)..... 68
— (traitement)..... 352
Convulsions alcooliques du nouveau-né (traitement). 35
- puerpérales (traitement) 345
Coqueluche (traitement). 46, 100, 252, 291
Cordon ombilical (cas de strangulation par le —).. 199
— ombilical (section à chaud du —)..... 264
Coryza des nouveau-nés (traitement)..... 259
Coxalgie (traitement)..... 113
Crèches et la rougeole (les —)..... 129
Criminalité féminine (la—). 225
Cystites tuberculeuses (traitement)..... 104

D

Dentition et grossesse..... 103
Dermatite exfoliatrice des nouveau-nés (la —)..... 193
Dermatologie infantile (prescriptions de —)..... 323
DUFOUR..... 199
Dysenterie (traitement).... 33
Dysménorrhée (traitement) 65, 145, 375

E

Eclampsie (traitement)..... 378
Eczéma des enfants (traitement)..... 353
— (traitement)..... 226
Embryologie sacrée (l'—).. 24
Endométrite (traitement de l'—)..... 106, 188, 258
Enfants arriérés (traitement)..... 130
— (cas d'érythème généralisé chez l'—)..... 193
— cas de purpura foudroyant chez l'—)..... 193
— cas de tuberculose aiguë chez l'—)..... 17
— (gravité du rhumatisme des —)..... 312
— (le régime fortifiant des —)..... 320
— (les antithermiques chez les —)..... 346
— (notions sur la séméiologie des —)..... 213
— (prescriptions de dermatologie chez les —).... 323
— (traitement de la broncho-pneumonie des —).. 32
— (traitement de l'eczéma des —)..... 353
— (traitement de la gale chez l'—)..... 290, 353
— (traitement de la rhinite blennorrhagique des —)..... 31
Entéro-colite muco-membraneuse (traitement).... 155
Erythème généralisé chez l'enfant (cas d'—)..... 193
Ether (l'anesthésie par l'— en obstétrique)..... 257
Ethérisation dans l'hystérie (l'—)..... 77
Exercice illégal de la médecine..... 132

F

FERRÉ..... 261
Fibromes (l'hystérectomie abdominale pour —)..... 166
— (pincement des artères utérines dans les —). 307, 342
— utérins (traitement)... 237
Fièvre du travail dans l'accouchement (la —)..... 71
Fissure à l'anus (traitement) 30
FLANDRIN..... 293

Fœticide thérapeutique et la loi (le —)..... 231
Fœtus (intoxication alcoolique du —)..... 41
— (intoxication du — par le sublimé)..... 142
FOLET..... 272
FONT..... 44
Forceps à poignée (nouveau —)..... 39
Fractures et massage..... 348

G

Gale (abcès du sein consécutif à la —)..... 107
— chez l'enfant (traitement de la —).....290, 353
Génitalites post-matrimoniales..... 357
Glycosurie alimentaire des nouveau-nés (la —)..... 289
Goménol (emploi du —)..... 252
GOTTSCHALK..... 342
GOULLIOUD..... 307, 342
GOVIN..... 46
Grindelia robusta (emploi de la —)..... 33
Grippe (traitement)..... 67
Grossesse et dentition..... 103
— gémellaire et puériculture intra-utérine..... 40
— (questions médico-légales relatives à la —)... 133
Gynécologie et réclame.... 272

H

Hémorrhagies post-partum (traitement).....100, 344
Hémorrhoïdes (traitement). 67, 291
Hémostase dans les fibromes (l'—)..... 307, 342
Hémostatique (le seneçon comme —)..... 29
Hernie étranglée (traitement)..... 218, 379
Herpès (traitement)..... 66
HORN..... 338
Huile de foie de morue (formulaire de l'—)..... 227
Hygiène de la bouche chez l'enfant..... 227
Hyperémèse des gravides (cas d'—)..... 325
Hystérectomie abdominale totale dans les fibromes (l'—)..... 166
— pour cancer..... 362
Hystérie (traitement). 36, 44, 77

I

Ichthalbine (emploi de l'—). 228
Infanticide par strangulation (cas d'—)..... 199
Infections puerpérales (symptômes précoces des —)..... 261
Intoxication alcoolique du fœtus..... 41
— du fœtus par le sublimé..... 142
Isolement dans l'hystérie et la neurasthénie (l'—)..... 44

J

JULLIEN.....109, 121

K

Kyste de l'ovaire (cas de — chez une jeune fille)..... 165

L

LABADIE-LAGRAVE..... 42
Lait de chèvre (emploi du—) 183
Laits (la digestibilité des différents —)..... 249
LAMBINON..... 197
Laparotomie et lésions rénales..... 13
LEROUX..... 252
Levure de bière (emploi de la —).....128, 241
LEVASSORT..... 112
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE..... 348
LUCINE (les causeries de —) 26, 55
LUTAUD..... 192 *et passim*
Lymphangite des organes génitaux (traitement).... 42
LYON (G.).....145, 155

M

MAGNIAUX..... 229
MAIRE..... 296
Maladies vénériennes (prophylaxie des —)..80, 148, 175
MALHERBE..... 8
Massage et fracture..... 348

Maturité physique de la femme (la —)..... 338
Médecin devenu sage-femme 35
Médecine (exercice illégal de la —)..... 132
Menstruation (régularisation de la —)..... 291
Mercure en thérapeutique (le —)..... 130
Métamères (rapports des nœvi et des —)..... 192
Métrorrhagies des jeunes filles (les —)..... 73
MILLS..... 308
MINIME (Dr)..... 25
MONNIER..... 165
Muguet (traitement)..... 35

N

Néphrite épithéliale (cas de —)..... 301
Neurasthénie (traitement).. 44
Névralgies pelviennes (traitement)..... 66
Nœvi (rapport des — et des métamères)..... 192
— (la transformation maligne des —)..... 289
Nourrissons (anémie des —) 260
— (la nutrition chez le—) 163
Nouveau-nés (alimentation des —)..... 183
— (l'allaitement des —).. 266
— (convulsions alcooliques du —)..... 35
— débile (alimentation du —)..... 23
— débiles (réchauffement des —)..... 321
— (la dermatite exfoliatrice des —)..... 193
— (la glycosurie alimentaire des —)..... 289
— (traitement du coryza des —)..... 259
Nutrition chez le nourrisson (la —)..... 163
— extra-buccale (la —).. 347

O

Opération césarienne et l'accouchement forcé (l'—) 37
Opium (posologie de l'—).. 355
OTT..... 101
Ovaire (cas de kyste de l'— chez une jeune fille)..... 165
OZENNE..... 237

P

Papillomes vulvaires (traitement)..... 322
Parnasse hippocratique (le —)..... 57
PASTEAU..... 252
PAUCHET..... 218
PETIT..... 241
PICHEVIN..... 13
Placenta (rétention du — et septicémie puerpérale)... 197
PRÉVOST..... 29
PRIEUR..... 237
Prophylaxie des maladies vénériennes (la —)80, 148, 175
Prostituées (sauvetage moral des —)..... 121
Prurit de la ménopause (traitement)..... 226
— vulvaire..... 375
Puériculture (à propos de la —)..... 286
— intra-utérine et grossesse gémellaire..... 40
Purpura foudroyant chez l'enfant (cas de —)..... 193
— (pathogénie des —)... 194
Pyrogallol (emploi du)..... 353

R

RAICHLINE..... 301
REBLAUD..... 104
Réchauffement des nouveau nés débiles..... 321
Réclame et gynécologie... 272
Redingotes anglaises (les —)..... 159
Régime fortifiant des enfants (le —)..... 320
Reins (laparotomie et les lésions des —)..... 13
RENARD..... 277
REYNIER.....282, 320
Rhinite blennorrhagique des enfants (traitement).. 31
Rhumatisme infantile (gravité du —)..... 312
ROBIN..... 291
Rougeole et les crèches (la —)..... 129

S

Sages-femmes (instructions données aux — en Belgique)..... 63

Sages-femmes (questions relatives aux—)..... 157
SARDA 107
Santonate de chaux (le —) comme vermifuge..... 379
Saturnisme chez les électriciennes (le —)..... 270
Secret professionnel et suppression de part..... 223
Sécrétion lactée et alcool.. 258
— lactée et vacuité de l'utérus 293
Section à chaud du cordon ombilical (le —)..... 264
Sein (cas d'abcès du — consécutif à la gale)..... 107
Séméiologie infantile (notions sur la —)..... 213
Seneçon comme hémostatique (le —)..... 29
Septicémie puerpérale (cas de —)..... 197
Sérum antidiphtérique dans la coqueluche (le —)..... 100
— artificiels en obstétrique et en chirurgie (les —) 188
Sevrage (les aliments du —) 194
SIREDEY..... 73
Stérilité (traitement de la —) 65, 170, 206
— (traitement de la — en Perse) 131
Sublimé (intoxication placentaire par le —)..... 142
Superfétation..... 368
Symphyses pelviennes gravidiques (les —)..... 69
Syphilis post-conceptionnelle (cas de —)..... 8

T

TARNIER (le monument —).. 190
Tenaline (emploi de la —). 32
TERRIER 103
TISSIER 65
Tœnifuge (nouveau —)..... 32
Toucher intra-utérin (ses indications)..... 144
TOURNIER..... 77
Tuberculose infantile aiguë (cas de —)..... 17
Tumeur blanche du genou (traitement)..... 322
Tumeurs sous-conjonctivales (traitement)..... 289
TUSZKAÏ (ŒDÖN)..... 325

U

Ulcères de jambes (traitement)..... 34
Urticaire (traitement)..... 67
Utérines (formule contre les coliques —)..... 36
Utérus (cas d'absence d'—) 79
— gravide hystérique (un —) 101
— récalcitrant.....254, 317
— (traitement de la blennorrhagie de l'—)..... 354
— (traitement du catarrhe du col de l'—)..... 241
— (traitement des fibromes de l'—)..... 237
— (vacuité de l'— et sécrétion lactée)..... 293

V

Vaccine (cas de propagation de la —) 192
Vagin (cas d'absence de —) 79
Vaginite blennorrhagique (traitement)..... 128
Valériane (formulaire de la —) 98
VEIL..... 226
Vénériennes à Saint-Lazare (les —)..... 109
Version podalique (la —).. 296
Vierge (cas de kyste de l'ovaire chez une —) 165
Vomissement nerveux (traitement).... 315
Vulve (traitement des papillomes de la —)..... 322
Vulvites des petites filles (traitement)..... 164

W

WOLFF..... 67

Y

YVON..... 98

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix Frères.